Faculté de Médecine de l'Université de Nancy
1924-1925 N° 276

GLANDES ENDOCRINES

ET

DERMATOSES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 5 décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

WINSTEL (André-Joseph-Jacques)

né à Nancy, le 7 juin 1897

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. SPILLMANN, professeur. . . — *Président.*
LUCIEN, professeur. . . . . — *Juges.*
J. PARISOT, agrégé . . . . . — *Juges.*
HAMANT, agrégé . . . . . — *Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
4 et 6, Rue de la Croix-de-Bourgogne
1924

Faculté de Médecine de l'Université de Nancy
1924-1925 N° 276

GLANDES ENDOCRINES

ET

DERMATOSES

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 5 décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

WINSTEL (André-Joseph-Jacques)

né à Nancy, le 7 juin 1897

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

- MM. SPILLMANN, professeur. . . — *Président.*
- LUCIEN, professeur. . . . . — *Juges.*
- J. PARISOT, agrégé . . . . . — *Juges.*
- HAMANT, agrégé . . . . . — *Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES
4 et 6, Rue de la Croix-de-Bourgogne
1924

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, ✻, I ⚜.
Assesseur: M. E. SIMON, ✻, I ⚜.
Doyen honoraire: M. F. GROSS, O ✻, I ⚜.
Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, ✻, I ⚜; PRENANT, ✻, I ⚜; F. GROSS, O ✻, I ⚜; HERRGOTT, O ✻, I ⚜; WEISS, O ✻, I ⚜.

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie	L. GARNIER, I ⚜.
Hygiène	E. MACÉ, ✻, I ⚜.
Clinique médicale	E. SIMON, ✻, I ⚜.
Histoire naturelle médicale	P. VUILLEMIN, ✻, I ⚜.
Médecine légale	P. PARISOT, O ✻, I ⚜.
Clinique des maladies des enfants	P. HAUSHALTER, ✻, I ⚜.
Anatomie pathologique	L. HOCHE, ✻, I ⚜.
Clinique médicale	G. ETIENNE, ✻, I ⚜.
Clinique chirurgicale	A. VAUTRIN, ✻, I ⚜.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, ✻, I ⚜.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FRŒLICH, ✻, I ⚜.
Physiologie	M. LAMBERT, ✻, I ⚜.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. FRUHINSHOLZ, ✻, I ⚜.
Histologie	R. COLLIN, ✻, I ⚜.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✻, I ⚜.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	P. JACQUES, ✻, I ⚜.
Clinique des voies urinaires	P. ANDRÉ, ✻, I ⚜.
Clinique chirurgicale	G. MICHEL, ✻, I ⚜
Pathologie interne et clinique médicale propédeutique	L. RICHON, ✻, I ⚜.
Physique	DUFOUR, ✻, I ⚜.
Chimie médicale	H. ROBERT, I ⚜.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Accouchements (cours théorique)	S. REMY, I ⚜, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, ✻, I ⚜, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, ✻, I ⚜, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, O ✻, I ⚜, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, O ✻, I ⚜, agrégé.
Pathologie externe	A. BINET, I ⚜, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	A. BINET, I ⚜, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	L. CAUSSADE, I ⚜, agrégé.
Clinique ophtalmologique	P. JEANDELIZE, A ⚜, agrégé.
Clinique des maladies mentales	R. LALANNE, I ⚜.
Cours d'hydrologie	M. PERRIN, ✻, I ⚜, agrégé.
Médecine opératoire	M. BARTHÉLEMY, ✻, I ⚜, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	LAMY, I ⚜, agrégé.
Education physique	P. MATHIEU, I ⚜, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. M. PERRIN, ✻, I ⚜.	MM. P. JEANDELIZE, A ⚜.	MM. MUTEL, ✻, I ⚜.
G. THIRY, ✻, I ⚜.	L. CAUSSADE, I ⚜.	WATRIN, ✻, I ⚜.
J. PARISOT, O ✻, I ⚜.	M. BARTHÉLEMY, ✻, I ⚜.	HAMANT, I ⚜.
P. MATHIEU, I ⚜.	LAMY, I ⚜.	CORNIL, I ⚜.
L. JOB, ✻, I ⚜.		DE LAVERGNE, A ⚜.

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✻, ⚜; G. GROSS, ✻, I ⚜; S. REMY, I ⚜; BUSQUET, I ⚜; BINET, I ⚜; FAIRISE, A ⚜.

M. A. PACAUD, I ⚜, Secrétaire
M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ✠, I ⚜, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Aux Mémoires très chères
de ma Petite Sœur et de mon Grand-Père

A mon Père et à ma Mère

A ma Femme

A tous les Miens

A mon Oncle, le Docteur Éd. GROS
Président de l'Association Franco-Américaine de Paris
Membre Directeur de l'Hôpital Américain de Paris

A mon Président de Thèse :

M. le Docteur L. SPILLMANN

Professeur de Clinique des maladies syphilitiques et cutanées
Doyen de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges :

M. le Professeur LUCIEN

Chevalier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur agrégé J. PARISOT

Officier de la Légion d'Honneur

M. le Professeur agrégé HAMANT

AVANT-PROPOS

Au seuil de cette épreuve, qui doit m'ouvrir une carrière que j'aime déjà ardemment sans avoir pu encore la pratiquer, je veux que mes premières paroles soient des paroles de gratitude pour ceux qui m'ont tracé ma voie et l'ont éclairée de leurs lumineux conseils.

Un peu de chagrin me prend, en songeant que je vais quitter les maîtres, à qui je dois ce que je sais et la Faculté à qui devrai ce que je pourrai être un jour. Ma reconnaissance en tout cas demeurera inaltérable pour ma Faculté comme pour mes Maîtres.

Qu'il me soit permis ici de l'exprimer publiquement et de remercier avant tous M. le Doyen Spillmann. Il m'a fait les deux plus grands honneurs qui pouvaient m'être consentis à l'aube de ma vie professionnelle: d'abord, en voulant bien m'initier comme externe à cette science de la dermatologie dont il est déjà aujourd'hui un des maîtres les plus écoutés, ensuite en daignant accepter de présider cette thèse. L'attachement que je lui ai voué en raison de son extrême obligeance qu'il a manifestée plusieurs fois à mon égard, n'a d'égal que mon respect pour sa personne et que mon admiration pour son œuvre.

Qu'il me soit également permis de remercier M. le Professeur J. Parisot, qui, avec une bienveillance inlassable, n'a cessé d'encourager mes efforts et de me guider dans mon tra-

vail; il m'a prodigué des conseils qui m'ont singulièrement aplani ma route et m'ont empêché d'y trébucher. Ma gratitude d'ailleurs, à son égard, ne date pas d'aujourd'hui, mais du jour où, dans la Somme, en 1917, évacué sur une ambulance, il a bien voulu déjà améliorer mon sort, en sa qualité de médecin consultant d'armée.

Qu'il me soit encore permis de remercier MM. les Professeurs Etienne et Weiss qui, alors que j'avais l'honneur d'être leur externe, n'ont pas seulement cherché à me faire profiter de leur expérience, mais m'ont accordé, dans nos entretiens, tant de liberté, que j'aurais tenté parfois de ne voir en eux que des amis dévoués, si leur science ne m'avait fait souvenir qu'ils étaient avant tout mes maîtres.

Cependant, ma tâche de gratitude ne s'arrête pas là... Elle doit aller également à M. le Professeur Jacques, dont je n'oublierai jamais ni le magnifique enseignement, ni la bienveillante sollicitude; à M. le Professeur Fruhinsholz, dont, pendans mon stage, plus que personne, j'ai pu apprécier les belles leçons, l'inépuisable dévouement et le grand cœur; à M. le Professeur Hamant, qui ne se contenta pas d'être mon guide, mais voulut bien être mon ami; à M. le Professeur Lucien, qui fut le plus précieux et le meilleur des conseillers; à M. le Professeur Mathieu, qui m'ouvrit si aimablement les portes de son laboratoire de physiologie et qui m'y conduisit avec tant d'affable indulgence.

Tous mes Maîtres de la Faculté de Nancy, tous ceux dont j'ai suivi l'enseignement si clair, si pénétrant, me resteront à jamais chers. Et, quelles que soient les heures que l'avenir me réserve, je me rappellerai, dans la tristesse comme dans la joie, les années que je viens de passer près d'eux et qui resteront pour moi les plus douces.

Leur souvenir sera le meilleur de mes réconforts et le plus sûr de mes guides.

Ai-je tout dit en disant ce que je devais à mes maîtres, à ceux qui ont façonné mon cerveau? Non! car hors de la Faculté et dans la Faculté, que de précieux concours sont venus m'aider dans mon travail! C'est le Docteur Edmund Gros, qui me trace lui-même, d'un doigt expert, les contours de cette thèse. C'est le Docteur Hermann, chef du Laboratoire de physiologie, qui veut bien, avec la maîtrise que nous lui connaissons tous, faire chez plusieurs de mes malades l'étude si délicate du « métabolisme basal ». C'est le Docteur Richard, qui multiplie pour moi les conseils et les enseignements. C'est mon camarade, le Docteur Dombray, interne des hôpitaux, qui vient plusieurs fois à mon aide.

Que tous ceux du service de dermatologie, et en particulier le Docteur Drouet, chef de clinique, le Docteur J. Haushalter, chef de laboratoire, et le Docteur Mouton, soient assurés de mon souvenir le meilleur.

A eux aussi, à eux tous, j'adresse ici, tous mes remerciements. La route d'un jeune médecin est rude et âpre. Mais comment ne s'y engagerait-il pas d'un cœur ferme quand tant de mains illustres ou fraternelles lui en ont posé les jalons?...

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

SOMMAIRE

A. — Endocrinologie en général.

Rôle des glandes endocrines sur la croissance, la circulation, le métabolisme en général.

B. — Rôle des glandes endocrines sur l'état de la peau et de ses annexes.

Rôle sur l'état de la peau, sur sa pigmentation.
Rôle comme organes d'élimination des substances toxiques.

INTRODUCTION

Certains auteurs ont eu tendance à exagérer le rôle possible des glandes à sécrétion interne dans une série de phénomènes pathologiques et spécialement dans la genèse des affections cutanées.

Le rôle en effet des sécrétions internes dans l'apparition de bien des dermatoses, a pris, depuis une vingtaine d'années, une extension considérable.

Ce rôle, cependant, qu'on a fait jouer aux glandes endocrines, ne repose pas, comme on pourrait s'y attendre, sur des bases scientifiques, mais bien plutôt sur l'empirisme.

Jusqu'à nos jours, c'est sur l'impression ou l'observation clinique, lorsque le diagnostic d'hypo ou d'hyperfonctionnement s'imposait qu'on s'est basé pour instituer un traitement opothérapique.

C'est encore sur le résultat favorable de ce traitement qu'on s'est basé pour conclure à l'origine endocrinienne d'une lésion cutanée. En somme, on a « essayé » l'opothérapie.

Trop souvent, on s'est borné à administrer l'extrait d'une glande quelconque; si le résutlat était nul, on « essayait » l'extrait d'une autre glande, et ainsi de suite.

Certains même, comme l'ont déjà écrit MM. J. Parisot et G. Richard, en l'absence complète de signes cliniques de troubles endocriniens, se contentaient de faire un mélange de tous les extraits et de l'administrer.

« Dieu reconnaîtra les siens, dit-on, lors d'un massacre célèbre » ; or, il n'est pas bien sûr que le système endocrinien puisse en faire autant et qu'il soit capable, au milieu des extraits polyglandulaires, à action souvent antagoniste qui lui sont fournis, de faire un choix judicieux.

Le but de cette étude est de vérifier, d'une façon un peu plus scientifique, aussi scientifique que peuvent nous le permettre les méthodes actuelles, la relation qui peut exister entre un trouble de sécrétion interne et une lésion cutanée.

C'est seulement lorsque nous aurons la preuve de ce dysfonctionnement, et que nous aurons assisté à la guérison de notre dermatose par un traitement opothérapique approprié, que nous serons en droit de penser qu'il existait bien une relation de cause à effet, et que nous serons autorisés à admettre cette origine comme probable.

On s'étonnera peut-être du nombre restreint d'observations que nous apportons

On s'étonnera moins, nous l'espérons, quand on connaîtra la technique de notre méthode et la difficulté souvent très grande que nous avons éprouvée de la part de nos malades, quand nous leur demandions de revenir au service plusieurs semaines de suite pour se soumettre à nos différentes épreuves neuro-glandulaires.

Nous n'avons pas jugé bon, d'ailleurs, de publier tous les cas où un traitement opothérapique, institué par tâtonnement, avait amené la guérison d'une dermatose.

Nous ne nous sommes occupés que de ceux où nous avons pu avoir une preuve scientifique du trouble de sécrétion interne et où, par suite de résultat favorable du traitement, nous avons pu conclure avec plus de raison à leur origine endocrinienne.

Mais, avant d'aborder de suite le sujet de notre travail, il nous a paru intéressant et nécessaire de rappeler quelques notions d'endocrinologie en général, afin de bien montrer le rôle prépondérant que joue dans l'organisme le fonctionnement normal des glandes à sécrétion interne, et de nous faire mieux comprendre, dans la question qui nous occupe, les modifications profondes du revêtement cutané qui pourront en résulter, lorsque, pour une raison quelconque, leurs sécrétions se trouveront viciées.

A. — Endocrinologie en général

L'étude de l'endocrinologie, née des travaux de Claude Bernard et de Brown Sequard, nous apprend que chaque glande est douée d'un pouvoir de sécrétion interne, nécessaire au bon équilibre vital de l'organisme, en même temps qu'à la régénération de ses éléments cellulaires.

C'est en étudiant la fonction de chacune de ces glandes, en cherchant à établir par l'expérimentation les effets fonctionnels de la suppression de telle ou telle glande, en appréciant le résultat de l'action des extraits des mêmes glandes sur les différentes fonctions organiques, qu'ont pu être établies leurs différentes notions physiologiques.

Les glandes endocrines interviennent tout d'abord pour le développement normal et harmonique des tissus. Chez l'enfant, l'insuffisance ou l'hyperactivité de certaines glandes amène des troubles importants de la croissance ; par exemple le nanisme avec infantilisme par insuffisance hypophysaire ; le gigantisme et l'acromégalie par fonctionnement exagéré de l'hypophyse. Chez l'adulte, le myxœdème est le syndrome de l'insuffisance thyroïdienne, le basdowisme celui de l'hyper-

thyroïdisme. Nous connaissons aussi l'influence du thymus et des parathyroïdes sur la nutrition et la croissance, toutes les théories qui ont incriminé les troubles fonctionnels, non seulement de ces glandes, mais encore ceux de la thyroïde et des surrénales pour expliquer la pathogénie du rachitisme.

Les glandes à sécrétion interne jouent aussi un rôle important dans le métabolisme en général. L'insuffisance surrénale expérimentale (156) s'accompagne fréquemment de phosphaturie, d'un ralentissement notable des échanges, avec diminution du rapport de l'azote uréique à l'azote total. Mais, sans doute, c'est le métabolisme des hydrates de carbone qui subit les perturbations les plus importantes; l'extirpation des deux capsules est suivie d'hypoglycémie, celle-ci apparaissant rapidement et existant déjà une heure après la décapsulation. Les diverses sécrétions salivaire, gastrique, biliaire, pancréatique, urinaire se trouvent également influencées par la sécrétion surrénale; ainsi s'explique qu'elle intervienne dans le métabolisme de plusieurs substances nécessaires à l'organisme, des matières albuminoïdes, minérales et surtout des hydrates de carbone. De son côté et autant qu'on peut le préciser actuellement, c'est la thyroïde qui, dans le métabolisme des albuminoïdes, joue le rôle prépondérant (159). L'activité thyroïdienne exagérée détermine une augmentation des dépenses protéiques; au contraire, la destruction, l'utilisation de ces albumines est très diminuée dans le cas d'insuffisance thyroïdienne. En somme, le métabolisme des autres sels nécessaires à la vie est fonction des glandes endocrines; l'élimination phosphorée est réglée par la thyroïde, alors que ce sont les surrénales qui interviennent dans celle du potassium et du sodium, de même que le thymus réglera l'assimilation des sels de chaux.

On peut, de plus, affirmer aujourd'hui que la vie organo-végétative, c'est-à-dire le métabolisme général et protoplasmique paraît être non seulement sous la dépendance des sécrétions glandulaires internes, mais encore de l'association des glandes endocrines au système nerveux et parasympathique.

Le maintient de la répartition du liquide circulant et de la composition du milieu intérieur sont aussi réglés et contrôlés par les glandes à sécrétion interne Telle est l'action vaso-costrictive de la sécrétion hypophysaire, de même que, celle contraire dépressive de la thyroïde et de l'ovaire. Quant à leur rôle sur la composition du sang nous savons que le corps thyroïde stimule la formation des hématies, l'ovaire augmente le nombre des globules rouges. Nous savons l'influence considérable qu'exerce le fonctionnement des glandes endocrines sur le système nerveux et le vaso-sympathique: les deux éléments qui le composent, le sympathique et le parasympathique, nous apparaissent comme inséparables des glandes endocrines; ils en équilibrent le fonctionnement, mais, en retour, en subissent des effets qui le rendent plus ou moins sensibles, plus ou moins excitables.

L'influence des glandes sur le sympathique n'est pas douteuse, car elles agissent par leurs hormones lancées dans la circulation; dans la maladie d'Addison, on note en général un abaissement de l'excitabilité du sympathique, dans le syndrome de Basedow apparaît au contraire et en général, car il y a des exceptions, une foule de symptômes qui sont l'expression de l'élévation du tonus sympathique. Les parathyroïdes semblent influencer l'excitabilité du système végétatif. Dans le myxœdème, les fonctions végétatives sont diminuées. Il en est de même des dystrophies hypophysaires où existe une pareille paresse et où l'association endocrino-

sympathique se manifeste par l'adipose et des troubles génitaux.

Signalons encore toute une série de troubles qui se caractérisent par des phénomènes trophiques, vaso-moteurs ou même psychiques: crises d'épilepsie au cours des périodes menstruelles, migraines déclanchées par des affections génitales, crises d'asthme modifiées par des injections d'extraits glandulaires agissant peut-être par la voie sympathique sur la musculature bronchique et facilitant les échanges respiratoires.

Les sécrétions internes, avons-nous écrit plus haut, réglent l'équilibre humoral, c'est assez dire qu'elles conditionnent les phénomènes du métabolisme et les échanges; nous les voyons par suite présider aux transformations d'énergie qui assurent la régulation thermique, ce que l'on a appelé le « métabolisme basal ». Aussi allons-nous voir l'influence incontestable qu'exerce la thyroïde sur le métabolisme; l'hyperactivité de l'organe élevant le taux des échanges, tandis qu'au contraire sa diminution se traduira par un retard dans les phénomènes métaboliques, le rôle indépendant que jouent les surrénales ou l'hypophyse en l'abaissant quand elles sont insuffisantes.

B. — Rôle des glandes endocrines sur l'état de la peau et de ses annexes

Le sujet de notre travail est précisément l'étude du rapport des glandes endocrines et des dermatoses. Etudions donc plus spécialement l'influence de ces glandes sur l'état de la peau.

Certaines d'entre elles, en effet, interviennent efficacement pour le modifier. La coloration cutanée varie depuis l'état blafard du myxœdémateux jusqu'à la pigmentation du type

addisonnien. Le myxœdème, considéré aujourd'hui comme le type de l'insuffisance thyroïdienne, se caractérisera en outre des symptômes généraux par une tuméfaction, une sécheresse et une induration particulière des téguments, par la chute des poils et la suppression des sécrétions sudorales et sébacées ; l'hyperactivité thyroïdienne, au contraire, par l'humidité de la peau et une chevelure bien fournie.

Nous avons parlé, quelques lignes plus haut, de la pigmentation addisonnienne. Jusqu'à ces dernières années, on a eu tendance à attribuer à une insuffisance surrénale toute pigmentation bronzée. Sezary (183) a montré que la question doit être envisagée d'une façon beaucoup plus large et que l'on ne doit pas mettre toutes les mélanodermies sur le compte d'une insuffisance surrénale, mais dans certains cas sur celui d'un trouble hépatique, thyroïdien ou hypophysaire.

En faveur de l'intervention endocrinienne et normale dans l'état de la peau, nous avons les troubles de pigmentation cutanée pendant les périodes de l'existence où le système endocrinien semble profondément bouleversé : c'est à la puberté en effet que les glandes génitales et l'aréole des mamelons se pigmentent avec l'intensité qu'elles conserveront dorénavant ; le phénomène fait défaut dans l'infantilisme par insuffisance thyroïdienne ou hypophysaire.

En second lieu, c'est pendant la grossesse, qui imprime à la totalité des glandes des modifications cytologiques si marquées, qu'apparaissent le masque gravidique, la ligne brune abdominale, dûs à la surcharge en ménaline des cellules épidermiques. Est-il besoin de rappeler d'autre part les cas d'hypertrichose qui, le plus généralement, ne s'observent qu'au moment de la puberté, ou encore l'apparition de poils

au menton ou sur les lèvres chez les femmes qui approchent de la ménopause.

Certaines interventions chirurgicales, nous ont montré l'influence de la thyroïde sur l'état de la peau. La thyroïdectomie totale, en effet, amène plus ou moins rapidement des troubles d'ordre musculaire et nerveux d'une part, et d'autre part, un œdème dur de la face, un gonflement et déformation des mains et du visage, une chute des poils, de la sécheresse de la peau.

Des expériences faites sur des coqs nous ont montré le rôle que joue l'harmozone testiculaire sur le maintient des caractères sexuels secondaires, entre autres, la régression de la crête après la castration post-pubérale.

Les glandes à sécrétion interne, interviennent encore comme organes de fixation et d'élimination des substances toxiques qui, à défaut d'élimination par les émonctoires naturels, sont éliminées par la peau et peuvent être la cause de lésions locales. Signalons le prurit des insuffisants hépatiques, les tophus des goutteux, certains cas d'urticaire pigmentaire par troubles de la fonction hépatique, certains autres d'herpès récidivants qui se reproduisent presque à chaque période menstruelle et d'herpès gestationis qui présente ce caractère spécial de se développer au cours d'une grossesse et de récidiver à la grossesse suivante, l'érythème, l'intertrigo, le prurit des diabétiques, complication dépendant de la glycosurie et désignées sous le nom de diabétides.

Enfin, elles semblent jouer un rôle au cours de l'arthritisme, qui constitue un état dystrophique et cause certains accidents anaphylactiques, se trouvant à la base de lésions cutanées. Arthritiques : tous les goutteux, rhumatisants, diabétiques, obèses, lithiasiques, migraineux, eczémateux ! Or, qu'est-ce que

l'arthrisme, si ce n'est un trouble de la nutrition, résultant peut-être d'une insuffisance des émonctoires ou d'un fonctionnement défectueux des glandes à sécrétion interne.

Voici donc, très résumées, quelques notions physio-pathologiques des glandes à sécrétion interne. Il nous a semblé indispensable de nous y arrêter un peu, ne serait-ce que pour montrer cette relation étroite qui existe entre leur fonctionnement physiologique et le maintient de l'état normal de la peau.

Comme nous l'écrivions au début de ce chapitre, nous nous proposons, dans cette étude, de vérifier le rapport qui peut exister entre un trouble de sécrétion interne et l'apparition d'une lésion cutanée.

Après avoir fait l'historique de la question, nous indiquerons la manière dont nous avons examiné nos malades, en somme la technique de notre méthode, nous donnerons ensuite nos observations et leurs résultats, et enfin terminerons par des conclusions générales.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

SOMMAIRE

Dermatoses et lésions du système nerveux périphérique (Jarisch). — Diverses dermatoses et opothérapie (Braumwell). — Sclérodermie et goître exophtalmique (Jeanselme). — Slérodermie et dysfonctionnement thyroïdien (Samonelson). — Ichtyose et troubles thyroïdiens (Vincent). — Adipose douloureuse et myxœdème (Roques). — Pelade de la ménopause (Sabouraud). — Sclérodermie et lésions hypophysaires (Rasch). — Psoriasis et opothérapie thyroïdienne (Malcolm Morris). — Lésions cutanées et sécrétions internes (Poor). — Psoriasis et insuffisance ovarienne (Verotti). — Urticaire et menstruation (Geber). — Acné et troubles endocriniens (Hollander). — Pelade et dysthyroïde (Levy-Frenkel). — Psoriasis et grossesse (Spillmann - J. Parisot - Simonin) —Sympathique, glandes endocrines et dermatoses (Golay).

Conclusion.

HISTORIQUE

Il y a une quarantaine d'années déjà, de nombreux auteurs avaient signalé les rapports qui pouvaient exister entre les troubles endocriniens et les dermatoses.

Jarisch (113), dans son travail sur l'étiologie des maladies de la peau, insiste surtout sur les relations qui existent entre certaines éruptions et les lésions du système nerveux périphérique, relations qui semblent démontrer l'origine nerveuse de la plupart des dermatoses. Ces mêmes éruptions, qui sont sous la dépendance manifeste du système nerveux et qui constituent les troubles trophiques, s'observent dans les maladies diverses des organes internes qui les provoqueront sans doute en agissant primitivement sur le système nerveux.

Rossi (171), en 1894, dans un cas observé par lui, admet sans contestation l'influence d'une grossesse sur un psoriasis observé chez sa malade, ainsi que l'influence de l'accouchement sur sa disparition.

Bramwell (20), ayant observé les effets prdouits sur la peau elle-même chez les myxœdémateux, tente d'appliquer cette action à des affections de la peau telles que le psoriasis, l'ichtyose, l'eczéma aigu ou chronique, le pemphigus, l'alopécie généralisée. Malgré quelques modifications favorables de ses dermatoses par le traitement, l'auteur ne peut actuellement donner de conclusions fermes que pour le psoriasis,

---

Les chiffres entre parenthèses renvoient au numéro d'ordre de la bibliographie.

qui d'ailleurs a été expérimenté sur un plus grand nombre de cas. Voilà les conclusions en ce qui concerne le psoriasis : amélioration immédiate dans quelques cas exceptionnels ; dans d'autres, aucun résultat. Enfin, même dans les quelques cas favorables, le traitement n'empêche point les récidives de se reproduire tôt ou tard.

De son côté, Chary (41) traite par l'extrait glycériné de corps thyroïde neuf cas de psoriasis. Il n'a eu d'amélioration que dans deux cas et encore, dans ces deux cas, a-t-elle été d'une extrême lenteur. Il est cependant certain que le corps thyroïde exerce une action salutaire sur la peau dans le myxœdème et dans d'autres états morbides, puisque la peau, dans tous les cas observés par l'auteur, devenait douce et souple dans l'intervalle des plaques éruptives. En somme il estime que l'administration du corps thyroïde ne pourra avoir que bien peu d'applications utiles dans les maladies de la peau.

En 1895, Jeanselme (114) donne l'observation d'une sclérodermie coexistant avec un goître exophtalmique. Il émet l'hypothèse que la sclérodermie peut être sous la dépendance du goître exophtalmique ; il se base sur ce fait que la sclérodermie et le myxœdème sont très voisins l'un de l'autre au point de vue nosographique, qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre eux ; dans ces deux affections, on trouve des crises douloureuses d'asphyxie locale, des troubles de la sécrétion cutanée, la chute des poils, des troubles des fonctions intellectuelles et génitales.

En 1896, Cova, en Italie, pense que le corps thyroïde a une action réelle contre les manifestations du psoriasis, bien qu'il ne puisse en prévenir le retour.

Par contre, à la même époque, Zarubin (213) estime que l'action de la glande thyroïde est absolument nulle. Dans deux

cas de psoriasis, l'auteur a même observé une notable aggravation; des éruptions nouvelles apparaissent sur différentes régions du corps.

En 1897, Milian publie l'observation d'un exanthème, caractérisé par du prurigo, du lichen et des taches purpuriques, apparaissant au cours d'une maladie d'Addison et paraissant relever de cette affection.

En 1898, Samonelson signale des cas de sclérodermie en coïncidence avec des altérations du corps thyroïde, goître exophtalmique ou atrophie thyroïdienne et admet que la sclérodermie, qui relève d'une intoxication dans un certain nombre de cas, peut être la conséquence d'une intoxication par fonctionnement anormal du corps thyroïde. Le résultat du traitement thyroïdien, dit-il, plus souvent favorable que nul, est un argument en faveur de cette théorie.

En 1900, Munro (153) emploie l'extrait des capsules surrénales comme traitement de l'acné rosée. Dans un certain nombre de cas, dont il donne l'observation détaillée, l'auteur a obtenu de très bon résultats. Il emploie en même temps les moyens usuels, mais ses observations portent sur des cas ou les moyens usuels n'avaient donné que des résultats incomplets.

Hays (93), en Amérique, a essayé plusieurs fois les pastilles de thyroïdine dans le psoriasis; il a poussé le médicament jusqu'aux limites de la tolérance; l'éruption n'a été en rien améliorée.

En 1901, en Belgique, Dekeyser (50), publie l'observation d'une jeune fille, qui un an après l'établissement de la menstruation, fut atteinte de lésions cutanées simulant l'érysipèle. Depuis lors, chaque mois, à l'époque de ses règles, la malade voit l'affection réapparaître avec les mêmes caractères, mais

sans fièvre, sans adénopathie et avec conservation d'un parfait état général. Dekeyser ne croit pas qu'il s'agisse d'un érysipèle, mais d'une angionévrose reflexe se produisant à l'époque des règles.

En 1902, Peau déclare avoir vu plusieurs fois survenir, à la suite de la castration ovarienne ou utérine, des affections cutanées de quelque gravité et d'autres auteurs signalent des éruptions diverses: érythène, urticaire, eczéma vrai, zona.

Dans une observation de Sottas, il s'agit d'une malade qui n'avait jamais rien eu à la peau; elle subit à 56 ans l'ovariotomie double; deux ans plus tard, elle est atteinte, sans cause appréciable, d'une dermato-neurose violente, à localisation bizarre, réfractaire à toute thérapeutique. On essaie, à tout hasard, l'opothérapie ovarienne et, quarante-huit heures après, douleurs, prurit, éruption, tout disparaît.

A la même époque, Strumpell fait remarquer que la sclérodermie à début par les extrémités, occupe les mêmes régions que l'acromégalie et que les mêmes os présentent dans l'une un trouble de résorption de nature endogène, et dans l'autre un trouble d'hyperplasie progressive; il est parti de là pour indiquer l'intérêt qu'il y aurait à examiner l'hypophyse cérébrale à l'autopsie d'un sclérodermique.

Roux (172) répond à la question posée par Strumpell en publiant l'observation d'un homme de 73 ans, qui avait eu des lésions de sclérodermie avec disparition des poils et qui, à l'autopsie, présentait un corps pituitaire très congestionné et des hémorragies sous-capsulaires assez étendues.

En 1903, Daulos (46) note le cas d'une pelade chez une jeune fille entachée d'infantilisme.

En 1905, Menetrier (144) et Bloch obtiennent une amélioration considérable par le traitement thyroïdien dans un cas

de sclérodermie diffuse. Les auteurs font remarquer que leur cas appartient à la variété de sclérodermies œdémateuses, objectivement voisines du myxœdème et que les succès ont été le plus souvent obtenus dans les faits de ce genre.

En 1908, Vincent (205) déclare que l'ichtyose doit être considéré non comme une malformation, mais comme une dystrophie cutanée, liée à l'insuffisance ou à la viciation des fonctions et de la sécrétion du corps thyroïde. A l'appui de cette opinion, Vincent rapporte deux observations d'ichtyose dans lesquelles les manifesttaions cutanées s'accompagnaient d'une hypertrophie molle du corps thyroïde, des stigmates de dégénérescence et de faiblesse intellectuelle. De plus, dans un cas, l'apparition du gonflement thyroïdien et celle de l'ichtyose ont été subites et simultanées.

En 1910, Roques (169), dans un travail sur « le traitement opothérapique de la sclérodermie », conclut que l'organothérapie dans la sclérodermie généralisée ou circonscrits a souvent donné des résultats favorables. L'opothérapie thyroïdienne, en particulier, la mieux connue, peut fournir des améliorations dans une proportion que n'importe quel médicament actuel est incapable d'atteindre. Si la médication opothérapique a souvent échoué, c'est qu'elle a dû être souvent appliquée dans ces cas où les sécrétions internes n'étaient pas primitivement en jeu et où elle n'avait par conséquent rien à voir. En tout cas, on peut et on doit essayer une opothérapie, l'alterner avec une autre, en combiner plusieurs et attendre patiemment les résultats qui, parfois, dépasseront toute attente.

En même temps, Mouriquand (151) obtient chez un myxœdémateux la guérison complète d'une ichtyose par l'iodothyrine.

En Amérique, Stern (191) remarque que sur cinq autopsies d'adipose douloureuse, on a quatre fois trouvé des altérations du corps thyroïde, que l'aspect myxœdémateux des malades qu'il a observé a été déjà signalé par Dercum et qu'il semble donc probable qu'il y a une parenté entre l'adipose douloureuse et le myxœdème.

En 1911, Sabouraud (176) recherche l'origine étiologique de la pelade et conclut en disant qu'il y a une pelade de la ménopause. Il décrit aussi un cas de pelade chez un homme de 40 ans, atteint d'orchite tuberculeuse et semblant relever de cette affection.

En 1912, Norman, Meachen et Provis, en Angleterre, citent le cas d'une pelade en aire et décalvante, guérie par la grossesse et récidivant avec le retour des menstrues.

En France, Nicolas et Moutot (154), donnent l'observation détaillée d'un cas de sclérodermie en plaques de variété rare, rapidement améliorée et guérie au bout de quatre mois par le traitement thyroïdien. Les auteurs ont cru bon d'expérimenter dans ce cas l'opothérapie thyroïdienne, malgré l'absence de tout symptôme d'insuffisance thyroïdienne et la constatation d'une glande normale à la palpation, en raison d'arguments théoriques et pratiques.

En 1913, en Allemagne, Rasch (167), rappelle que la pathogénie de la sclérodermie a été l'objet, depuis quelques années, de données nouvelles particulièrement relatives aux insuffisances glandulaires. Comme conclusion d'une observation citée par lui, il est disposé à faire jouer un rôle à une lésion de l'hypohyse, bien qu'il n'ait pas pu découvrir de stigmates apparents de lésions de l'organe; la tumeur thyroïdienne serait une expression de cette insuffisance hypophy-

saire à laquelle on a déjà voulu reconnaître un rôle actif dans l'étiologie de la sclérodermie.

En Angleterre, Malcolm Morris (139), énumère les heureux effets de l'opothérapie thyroïdienne dans le psoriasis, où elle agit d'autant mieux que cette dermatose s'accompagne de troubles hypothyroïdiens, infantilisme, myxœdème, dans le prurit, l'eczéma aigu et chronique, l'eczéma séborrhéique, l'ichtyose, la sclérodermie, les verrues multiples, l'acné vulgaire juvénile, les troubles cutanés du goître exophtalmique. L'auteur déclare en outre que le système pileux est soumis au fonctionnement plus ou moins parfait des sécrétions internes thyroïdienne et surrénale. Les troubles des ongles sont fréquemment observés dans certains états myxœdémateux et dans la maladie de Basedow, comme dans l'hypopituitanisme, de même que les troubles de la pigmentation font partie des symptômes de l'addisonisme et sont aussi améliorés par l'extrait de corps thyroïde. Les relations du thymus et des glandes génitales peuvent expliquer quelques troubles de l'enfance et de l'adolescence : acné, séborrhée. L'auteur a prescrit avec avantage l'extrait de thymus associé à celui du corps thyroïde dans l'acné, l'extrait d'hypophyse dans l'urticaire chronique.

Poor (164), de son côté, dans un travail sur « les rapports de quelques maladies de la peau avec les sécrétions internes », conclut en disant que la relation de cause à effet entre les troubles fonctionnels déterminés par les altérations thyroïdiennes et surrénales et les modifications cutanées observées au cours du myxœdème et de la mélanodermie d'Addisson, semble actuellement bien démontré. Poor considère comme vraisemblable de rechercher dans les anomalies fonctionnelles des organes à sécrétion interne, la cause de l'évolution

sénile de la peau, du stade atrophique du xeroderma et de la sclérodermie.

L. Lévi (129), rapporte plusieurs modalités de dissociation et d'instabilité pilaire à type masculin et à type féminin chez l'homme et chez la femme, attribuables à une dysendocrinie. Pour les cheveux, dit-il, en dehors de l'action essentielle et directe du corps thyroïde, il faut faire une part ou le testicule, dont l'action frénatrice produit du gigantisme capillaire et dont l'action excitatrice est capable d'entraîner une alopécie d'épuisement. La dissociation à type masculin chez la femme semble en rapport avec la perte des fonctions féminogènes de l'ovaire et l'apparition des fonctions virilogènes qui provoquent le développement des poils et parfois la calvitie à type masculin.

En 1920, Verotti (203), publie des observations d'après lesquelles il ressort que le psoriasis serait, d'après lui, sous la dépendance de l'insuffisance ovarienne. Jourdanet, de son côté, attribue au système nerveux le rôle prépondérant dans l'apparition des dermatoses.

En 1921, Pulay (166) étudie les troubles du métabolisme dans les dermatoses.

Geber range, sous la dénomination d'*urticaire menstruel*, toutes les manifestations cutanées qui se rattachent à la menstruation. Il les rapporte à des phénomènes liés à la sécrétion interne des ovaires ; il admet l'existence dans le sang d'une substance inconnue liée à la menstruation, substance circulante, urticariante, probablement d'origine ovarienne. L'auteur avait pris chez une de ses malades, au cours d'une poussée menstruelle, une certaine quantité de sang, qui, réinjectée loin des règles, avait provoqué immédiatement une poussée urticarienne violente.

Hollander (99), pour justifier sa conception pathogénique de l'acné, invoque ce fait que la peau séborrhéique est l'expression d'un trouble endocrinien et que l'hypersécrétion des glandes sébacées, avec surcharge des tissus périglandulaires et excréteurs, constitue un excellent terrain de culture pour les micro-organismes des téguments, cette infection microbienne n'étant que secondaire, tandis que l'état du terrain est la chose importante. Il est notoire, d'après lui, que l'acné se manifeste surtout aux périodes de la vie qui correspondent à l'activité des glandes génitales : puberté, menstruation, congestions pelviennes, etc.

« Si l'opothérapie est souvent inactive contre l'acné, dit Hollander, c'est qu'on n'a pas suffisamment fait la discrimination entre les différents troubles endocriniens qui peuvent être à son origine. Il y aurait en réalité deux types d'acnéiques : le premier est représenté par les sujets pâles, émaciés, anémiques, qui sont atteints d'hyperthyroïdie avec exagération des échanges organiques ; le second par les sujets pléthoriques qui, au contraire, ont une activité métabolique diminuée avec hypothyroïdie. »

En 1922, Lévy-Frenkel (133), Collenot et Juster publient les résultats obtenus dans les pelades rebelles par la radiothérapie et la galvanothérapie de la région thyroïdinene. D'après eux, la dysthyroïdie est fréquente chez les peladiques ; slon les cas, la dysfonction est de la forme hyper ou de la forme hypo ; seule, l'épreuve du traitement fixe les modalités de l'intervention qui tendra soit à modérer l'activité thyroïdienne (radiothérapie), soit au contraire à l'exciter (courant galvanique).

Les mêmes auteurs ont en outre recherché les modifications du métabolisme chez les peladiques.

Lévy-Frenkel (131), dans un autre travail, considère la pelade comme un syndrome sympathico-endocrinien; il conclut en disant que leur origine embryologique commune, leur étude histo et physiologique ont montré que sympathique et glandes endocrines ne peuvent être dissociés et que leur influence réciproque: influence des produits glandulaires sur le sympathique, action du sympathique sur les glandes endocrines, en fait en quelque sorte un organe unique; d'où apparitoin de la pelade au cours de lésions des glandes endocrines variées (ovaire, thyroïde, surrénales).

Il rappelle enfin les différentes observations publiées concernant les pelades: pelades chez les ovariotomisées (Sabouraud, 177), pelades utérines (Gastou), pelades dans la maladie de Basedow (Sabouraud, 175, du Castel), pelades avec troubles hypophysaires (Daulos, 46).

Enfin, tout récemment, en 1923, Spillmann, J. Parisot et Simonin, citent le cas d'un psoriasis évoluant chez une femme et paraissant être incontestablement en rapport avec la menstruation, la grossesse et les couches.

Golay (84), à la même époque, fait jouer au sympathique et aux glandes endocrnies un rôle prépondérant dans l'apparition de nombreuses dermatoses. Il entrevoit trois facteurs capables de troubler son fonctionnement. Ils jouent, suivant les cas, un rôle isolé ou se surajoutent, au contraire, pour déterminer l'apparition de la dermatose.

D'abord le facteur nerveux, qui semble être surtout déterminé par des modifications des sécrétions endocriniennes. Ces troubles sécrétoires peuvent créer un terrain favorable à tel ou tel phénomène colloïdoclasique; ce sont eux qui paraissent être responsables, le plus souvent, du manque d'équilibre vago-sympathique si important en payhologie cutanée.

Ensuite, le factuer toxique, représenté soit par une intoxication externe, soit aussi par une toni-infection.

Enfin, le choc hémoclasique, qui peut être provoqué par des substances protéiques ou non.

Il est inutile d'insister davantage sur les nombreuses observations tendant à démontrer ou non les rapports qui unissent les dermatoses et les troubles endocriniens; nous ne saurions faire, en effet, autrement que de signaler des observations, les unes à la suite des autres, observations qui se ressembleraient toutes plus ou moins, ce qui, dans tous les cas, nous semble tout à fait dépourvu d'intérêt. Nous donnerons d'ailleurs, un peu plus loin, au moment de nos observations personnelles, un historique un plus complet se rapportant à la dermatose que nous avons étudiée.

En matière de conclusion, trois théories essentielles cependant semblent devoir être retenues:

1° Une première qui rceonnaît aux dermatoses une origine endocrinienne;

2° Une deuxième, qui se refuse à croire à cette origine, les partisans de cette théorie n'ayant jamais obtenus que des résultats négatifs par le traitement opothérapique;

3° Une dernière enfin, qui attribue au choc hémoclasique le rôle prépondérant dans l'apparition des lésions cutanées.

Notre but n'est pas de discuter ces différentes théories. Cependant, au début de ce chapitre, nous avons déjà dit un mot de la réserve qu'il fallait faire des nombreux résultats positifs signalés jusqu'à nos jours; nous avons vu qu'ils étaient tous basés sur l'empirisme.

Pour être en droit de conclure à l'origine endocrinienne d'une dermatose, il nous faut une méthode scientifique, capable de nous montrer la relation de cause à effet, et c'est cette méthode que nous nous proposons d'exposer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

TECHNIQUE

SOMMAIRE

Exposé de notre méthode expérimentale.

I. Manœuvres cliniques :

a) Réactions vaso-motrices cutanées.
b) Réactions cardio-vasculaires. — Réflexe oculo-cardiaque.

II. Tests glandulaires :

A. — *Produits non spécifiques :*

1° Produits à prédominance para-sympathique :
Pilocarpine.
Atropine.

2° Produits à prédominance sympathique :
Adrénaline.
Nitrite d'amyle.

B. — *Produits spécifiques :* Extraits glandulaires :

a) Tests de la thyroïde :
Epreuve de Gœtsch.
Epreuve de Porak.
Signe de la thyroïde de J. Parisot et G. Richard.

b) Tests de l'ovaire.

III. Métabolismes.

IV. Métabolisme basal.

V. Technique de l'épreuve glandulaire.

TECHNIQUE

La technique que nous avons employée est basée sur la méthode expérimentale utilisée dans les sciences naturelles.

Une restriction cependant s'impose ici immédiatement. Nous ne pouvons pas opérer chez l'homme comme chez l'animal.

Notre méthode devra toujours respecter l'individu.

Ainsi conçue, la méthode expérimentale, appliquée à l'homme, celle qui va nous permettre d'étudier les rapports entre les glandes à sécrétion interne et les dermatoses, comprendra :

1° L'observation de faits cliniques qui, dans certains cas, nous permettra de reconnaître de visu un trouble endocrinien ;

2° Certaines manœuvres cliniques plus précises et d'autres moyens expérimentaux susceptibles de déceler, jusqu'à un certain point, ces troubles endocriniens, quand ceux-ci seront trop frustes pour se laisser voir cliniquement ;

3° Et enfin une méthode plus empirique, l'influence de l'opothérapie.

L'observation clinique est l'influence de l'opothérapie se définissent d'elles-mêmes et ont été employées de tout temps. Nous n'insisterons pas davantage. Qu'il nous suffise de dire, pour l'instant, que ce furent les seules utilisées jusqu'à nos jours, et qu'elles sont purement empiriques.

Quant aux autres moyens expérimentaux, dont nous venons de parler, ils constituent la base de notre méthode d'examen.

Cette méthode est celle préconisée par MM. J. Parisot et G Richard et c'est elle que nous nous proposons maintenant d'indiquer.

I. - Manœuvres cliniques

Elles n'ont le plus souvent qu'une valeur indicatrice et ne constituent guère que des signes d'orientation; elles consistent le plus ordinairement à susciter, à l'aide de moyens mécaniques, des réactions vaso-motrices locales dont le type, l'aspect, seraient cliniquement pathognomiques de certains états glandulaires.

A. — Réactions vaso-motrices cutanées

a) *Le dermographisme,* ou signe de Polonski. — Une friction légère des téguments produit une rougeur intense tout le long de la surface de frottement chez les sujets en état de déséquilibre organo-végétatif, la cause la plus habituelle du déséquilibre étant, en pareils cas, une hyposympathicotonie.

b) *La raie blanche.* — Ce phénomène fut décrit par Sergent en 1904, qui en fit un signe de l'insuffisance surrénale.

c) *Le signe de Maranon,* pour la thyroïde. — Il est basé aussi, comme le précédent, sur une réaction vaso-motrice; une légère friction de la région préthyroïdienne fait apparaître une rougeur intense anormale, de cette partie du tégument chez les hyperthyroïdiens.

B. — Réactions cardio-vasculaires
Réflexe oculo-cardiaque

Si, chez un sujet normal, on exerce une compression binoculaire, on détermine des réactions diverses, dont celles produites sur le cœur et le pouls ont seules une valeur séméiologique; le cœur et le pouls, en effet, sont ralentis en général de quatre à huit pulsations à la minute.

Chez un sujet vagotonique, le réflexe est exagéré, c'est-à-dire que la compression accentue le ralentissement.

Chez un sympathicotonique, le réflexe manque souvent, la compression ne provoque aucune modification dans la fréquence du pouls; quelquefois même il est inversé, sans phase préalable du ralentissement.

Pour la recherche de ce réflexe oculo-cardiaque, nous avons utilisé la compression digitale et, pour donner une mesure à notre compression, pour fixer en somme le moment où elle est suffisante, nous avons utilisé comme repère la production du premier mouvement réflexe de déglutition.

Voici comment nous avons procédé: le taux du pouls, soigneusement repéré, on commence la compression binoculaire; 15 secondes après, car il y a un temps perdu qui varie de quelques secondes chez un sujet normal, nous commençons la numération que l'on poursuit pendant trente secondes.

II. - Autres méthodes, tests glandulaires

Pour explorer l'état de l'équilibre vago-sympathique, pour susciter les réactions nerveuses ou glandulaires, nous avons à notre disposition des produits non spécifiques, et des produits spécifiques.

A. — Produits non spécifiques

Parmi ces produits, nous avons des substances qui, une fois injectés, détermineront, suivant la forme prédominante de leur activité, des réactions du côté du sympathique ou du parasympathique, et qui, suivant le résultat obtenu, devront nous permettre de tirer des déductions diagnostiques.

Une réserve cependant est à faire. Cette classification en médicaments à prédominance sympathique et ceux à prédominance parasympathique est toute schématique ; il ne semble pas y avoir en effet d'action limitée à un seul des systèmes organo-végétatifs : il y a excitation réflexe simultanée des deux appareils ; c'est, comme le disent Parisot et Richard, la voie la plus sensible, la plus perméable qui donne la réaction maxima, qui imprime à la réponse un caractère sympathique ou parasympathique ; aussi, au cours de nos épreuves, rencontrerons-nous moins souvent des sympathicotomies et des vagotomies que des dystocies végétatives.

Cette réserve faite, envisageons rapidement d'abord les produits à prédominance parasympathique.

a) Produits à prédominance parasympathique

Pilocarpine. — Nous l'avons employée à la dose de un demi-centigramme en injection intra-musculaire. Elle excite le parasympathique, dont la réaction est surtout évidente au niveau du vague.

Cette injection, sans résultats chez nombre de sujets, provoque chez certains des phénomènes caractérisés par :

Un ralentissement du pouls ;

De la sudation avec rougeur de la peau ;

Des phénomènes d'hypersécrétion ,salivation, etc.);

Une exagération du réflexe oculo-cardiaque.

Quand ces phénomènes sont intensément accusés, on admet une prédominance du parasympathique et, conformément à la terminologie créée par Eppinger et Hess, on dit que le sujet est vagotonique.

Atropine. — Elle paralyse les terminaisons périphériques du pneumogastrique; elle peut donc fournir un contrôle et une contre-partie de l'épreuve précédente.

Pour cette épreuve, elle s'emploie à la dose de un milligr. Elle exagère d'abord l'excitablilité du vague pour la diminuer ensuite; à cette première période très brève, fait suite, après 10 à 15 minutes, une deuxième phase caractérisée par des phénomènes de paralysie du nerf.

Dans cette deuxième période, on observe une tachycardie marquée, une dilatation pupillaire rapide et prolongée, un arrêt des sécrétions qui se traduit surtout par une sécheresse particulière de la bouche et d la gorge; d'autre part, on note, en général, une inversion, ou tout au moins une neutralisation du R. O. C. et un relèvement assez net des deux tensions Mx. et Mn.

Tous ces phénomènes sont très accusés chez des sujets vagotoniques; ils sont peu sensibles chez les sujets neutres ou sympathicotoniques.

b) Produits à prédominance sympathique

Adrénaline. — En outre de la propriété qu'elle a de donner, une fois injectée, des réactions cardio-vasculaires, l'adrénaline a des effets très marqués sur le métabolisme, surtout celui des hydrates de carbone; elle détermine une augmentation du

taux de la glycémie, suffisante chez certains sujets à sympathique particulièrement excitable, pour donner de la glycosurie.

Bierry et Grusenska ont calculé que, pour faire apparaître la glycosurie adrénalinique chez l'homme, il fuadrait dépasser largement la dose de quelques milligrammes, ce qui pratiquement est évidemment impossible.

On a tourné la difficulté en faisant ingérer une certaine quantité de sucre, calculée de façon que, suivie de l'injection de 1 mmgr. d'adrénaline, il n'en passe chez le sujet normal, aucune partie dans les urines; il en passe au contraire si le sympathique est hyperexcitable.

Il y a donc là un moyen de différencier le sujet normal de celui qui présente de l'hypertonie sympathique.

Voici comment nous avons procédé: le sujet à examiner absorbe 100 gr. de sucre dissous dans 300 gr. d'eau (le passage du sucre est ainsi très accéléré). Il est ensuite mis au repos étendu et, après quelques minutes, on note les différents repères indiqués dans les épreuves précédentes: le pouls, les tensions Mx. et Mn., le réflexe oculo-cardiaque et l'état des pupilles.

On pratique alors, dans la région d'élection, l'injection intramusculaire de 1 cc. d'une solution au millième d'adrénaline. On note alors, de dix en dix minutes, les modifications subies par chacun des repères indiqués.

Nitrite d'amyle. — Il produit, comme l'atropine, une paralysie du centre du vague, d'où il résulte une accélération plus ou moins considérable du pouls, mais il détermine en même temps, par paralysie des terminaisons sympathiques, une vasodilatation périphérique.

B. — Produits spécifiques. — Extraits glandulaires

Pour ces différentes épreuves glandulaires, on a utilisé les modifications apportées par l'injection de l'extrait aux différentes fonctions auxquelles participe la glande.

Ce sont surtout les réactions cardio-vasculaires (vitesse du pouls, taux des tensions Mx. et Mn.), les variations du R. O. C., les signes fonctionnels, et aussi certaines modifications du métabolisme, que nous verrons plus loin.

Ces extraits glandulaires peuvent agir dans les réactions qu'ils déterminent, suivant certaines modalités qu'il est bon de connaître :

1° Les uns agissent par eux-mêmes, directement sur le système neuro-glandulaire : c'est le cas par exemple de l'adrénaline, excitant du sympathique et du muscle ;

2° D'autres exercent leur action indirectement, en stimulant d'une façon élective et spécifique la glande de même signe ; les choses se passent, dans ce cas, comme si, pendant les courts instants que dure la réaction de l'organisme à cette sécrétion brusquée, nous nous trouvions en présence d'un fonctionnement exagéré de la glande ;

3° La question se complique encore quelquefois en raison de la synergie fonctionnelle, qui unit entre elles les différentes glandes. C'est ainsi, par exemple, que l'injection d'extrait hypophysaire est susceptible de nous donner des renseignements intéressants sur l'état fonctionnel de la thyroïde.

a) Tests de la thyroïde

Pour ces tests, nous avons utilisé :

1° *L'Adrénaline* (*épreuve de Goetsch*), pour juger de l'état de la thyroïde.

Nous connaissons en effet l'excitabilité particulière du sympathique chez les basedowiens. La sécrétion thyroïdienne sensibilise les terminaisons sympathiques ; réciproquement l'excitation, l'hypertonie sympathique, d'où résulte une hypersécrétion d'adrénaline, stimule l'activité sécrétoire de la thyroïde.

Nous avons utilisé l'injection de un demi-milligramme d'adénaline (en solution au millième).

Cette dose employée, ne doit produire aucun effet chez un sujet normal ; chez un hyperthyroïdien, au contraire, on a une hausse rapide de la maxima, avec chute de la minima, une légère accélération du pouls avec des signes fonctionnels intenses.

Quand la réaction est faiblement positive, c'est-à-dire quand le degré de l'hperthyroïdisme est moindre, on n'a ni l'élévation de la maxima, ni l'accélération du pouls, mais seulement la chute de la minima avec quelques signes fonctionnels.

2° *L'extrait hypophysaire,* pour juger l'état de la thyroïde (*épreuve de Porak*).

Les rapports de la thyroïde avec l'hypophyse sont étroits ; la thyroïdectomie produit une hypertrophie de l'hypophyse qui présente en même temps des signes d'hypersécrétion. Ces rapports sont particulièrement intimes avec le lobe postérieur de cette glande ; l'épreuve de Porak en fournit une démonstration.

Chez l'homme sain, l'injection intra-muscuaire d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse, donne une réaction hypertensive légère et de courte durée, qui porte sur les deux tensions Mx. et Mn. et fait bientôt place à une phase d'hypotension manifeste. Le pouls reste inchangé ou, plus souvent, il s'accélère légèrement.

Chez les basedowiens, les réactions sont les mêmes du côté de la tension artérielle, mais le pouls, au lieu de s'accélérer, se ralentit.

3° Enfin, nous avons surtout utilisé l'*extrait thyroïdien* pour préciser l'état fonctionnel de la thyroïde (« *Signe de la thyroïde* » *de J. Parisot et G. Richard*).

Nous disons surtout, car c'est le « signe de la thyroïde » qui nous a paru être le plus sensible à nous déceler le trouble fonctionnel de la glande en question, n'utilisant les autres épreuves que comme moyens de contrôle, et c'est toujours par lui que nous avons commencé nos manœuvres pharmacodynamiques, la thyroïde jouant, de l'avis de tous, le rôle prépondérant dans les dystocies endocriniennes.

Epreuve. — Voici en quoi elle consiste :

L'injection massive (1 gramme) d'extrait thyroïdien peut produire des modifications du pouls, de la tension artérielle, du réflexe oculo-cardiaque.

(*Nous avons toujours utilisé les extraits désalbuminés de Carrion, dosés à* 0,50 *d'extrait frais par ampoule; nous injectons en une seule fois le contenu de deux ampoules.*)

Les sujets normaux ne réagissent pas à cette injection ; seule, peut-être, la minima varie dans le sens hypertenseur.

Les basedowiens, les hyperthyroïdiens frustes, réagissent à cette injection du côté du pouls par un ralentissement mini-

mum de dix pulsations, du côté des tensions par une chute assez notable de la maxima; quant au R. O. C., peu modifié chez les sujets normaux et chez les hyperthyroïdiens, il est au contraire inversé chez les hypothyroïdiens légers.

b) Tests de l'ovaire

D'après J. Parisot et Richard, il semble que l'on puisse trouver, dans les réactions cardio-vasculaires à l'injection d'extrait de la glande, un bon réactif de sa sécrétion interne. Le « signe de l'ovaire » pourrait se résumer ainsi:

Il y a chute des tensions et ralentissement notable du pouls chez la femme normale au moment ou sa fonction ovarienne est exaltée;

Ces signes sont à peine esquissés ou manquent si la fonction interne est supprimée ou tout au moins notablement diminuée.

Quand aux tests du *testicule de l'épiphyse et du thymus,* ils sont encore, à l'heure actuelle, tout à fait insuffisants pour que l'on puisse attribuer à leur résultat une valeur réelle.

Dans quelques cas, cependant, nous avons essayé l'extrait orchitique en injection, pour juger de l'état fonctionnel du testicule; nous verrons plus loin quelles ont été les réactions.

III. - Métabolismes

Mais nous n'avons pas que ces manœuvres pour nous permettre de déceler le trouble endocrinien.

En effet, nous avons écrit, dans notre introduction, que les glandes endocrines conditionnaient les phénomènes du métabolisme et les échanges; nous aurons donc, à notre disposition, pour étudier l'état fonctionnel de ces glandes, la recherche

du seuil de tolérance des hydrates de carbone, l'étude du métabolisme des graisses, des albuminoïdes, de certains sels, tels que le phosphore, le calcium.

Disons de suite que ces méthodes, basées sur l'examen du métabolisme, ne sont pas encore tout à fait au point et que nous n'y avons recouru que très rarement, la difficulté venant surtout du malade lui-même qui, le plus souvent, refusait de s'y soumettre. Nous avons eu l'occasion, cependant, de rechercher le seuil de tolérnace des hydrates de carbone chez quelques individus et en particulier dans un cas de syndrome adiposo-génital typique.

L'hypophyse semble, en effet, jouer un rôle prépondérant dans le métabolisme des hydrates de carbone. On sait que l'injection ou l'ingestion d'extrait hypophysaire est capable, par l'intermédiaire du système nerveux, de mobiliser les hydrates de carbone. Magnus Levi et Salomon ont montré que, dans l'hyperpituitarisme spontané, chez les acromégales par exemple, les échanges nutritifs sont accélérés et le seuil d'assimilation des hydrates de carbone abaissé

Au contraire, MM. J. Parisot et G. Richard ont pu constater que, dans les obésités hypophysaires, dans certains syndromes adiposo-génitaux, ce seuil de tolérance est particulièrement abaissé.

Nous avons donc, dans l'élévation ou l'abaissement du seuil de tolérance pour les hydrates de carbone, un moyen commode de juger l'état d'activité de la glande.

Pour mettre ces modifications en évidence, on fait ingérer au sujet à examiner une dose de sucre qui, suivie d'une injection hypophysaire, fait apparaître la glycosurie chez un sujet normal.

Nous avons utilisé la dose de 300 gr. de sucre, pris à jeun, dans 500 gr. d'eau.

De suite, après l'ingestion, nous injectons dans les masses musculaires de la région fessière une ampoule d'extrait de lobe postérieur.

Les urines, examinées avant l'épreuve, le sont à nouveau d'heure en heure pour y rechercher le sucre.

Un sujet normal ou un individu qui présente une exagération de sa fonction hypophysaire, passe du sucre en quantité plus ou moins abondante.

Un insuffisant hypophysaire ne laises au contraire passer aucune trace de sucre.

IV. - Métabolisme basal

Enfin, comme dernière recherche, nous avons celle du métabolisme basal.

Un sujet donné, à l'état de repos musculaire et digestif, produit une certaine quantité de chaleur, qu'il est possible d'enregistrer par la méthode calorimétrique. La chaleur ainsi produite représente bien celle qui résulte des seuls échanges organiques, si l'on a, dans la mesure du possible, éliminé les causes d'erreur diverses : action de la température extérieure, intervention du travail musculaire ou digestif, etc.

Mais le calcul de la production de chaleur qui mesure le taux des échanges est difficile à fixer avec quelque précision par la méthode calorimétrique.

Les Américains, tournant la difficulté, montrèrent qu'il est possible d'arriver à des résultats à peu près identiques en recourant à l'étude des échanges gazeux respiratoires.

Dans les conditions indiquées plus haut, la régulation géné-

rale du métabolisme est surtout assurée par les glandes à sécrétion interne et principalement par la thyroïde et les surrénales.

L'élévation ou l'abaissement du taux des échanges nous confirmera donc les résultats obtenus par les tests glandulaires ; à savoir : l'hyperactivité de l'organe dans le premier cas, ou au contraire une diminution de sa sécrétion dans le second.

Ceci dit, par quel test glandulaire allons-nous commencer ? Il nous a paru préférable, comme nous l'indiquions un peu plus haut, de rechercher de suite le « signe de la thyroïde », et cela pour deux raisons :

En premier lieu, c'est la thyroïde qui paraît être, dans la majorité des cas, la première en cause, la glande « chef de file », et il est peu de syndrome pluri-glandulaires où elle ne joue son rôle d'animatrice.

En second lieu, c'est elle qui, comme nous le disions plus haut, nous a paru être la plus sensible, la mieux réagir à nos différentes épreuves pharmacodynamiques.

Nous rechercherons ensuite, suivant le résultat obtenu, une confirmation du « signe de la thyroïde » par l'épreuve de Gœtsch et de Porak.

Quant aux épreuves fonctionnelles des autres glandes et des métabolismes, nous les indiquerons un peu plus loin, aux observations pour lesquelles nous les avons appliquées.

Technique de l'épreuve glandulaire

La méthode d'examen, ou plutôt la technique de l'épreuve du test glandulaire est toujours la même, quel que soit le test à faire.

Nous prenons notre malade à jeun, et le mettons au repos

pendant un quart d'heure; nous notons le pouls, les chiffres des tensions, le R. O. C. (Pour l'examen de la tension artérielle, nous nous sommes toujours servis du Vaquez.)

On injecte dans les masses musculaires de la région fessière une quantité déterminée d'extrait glandulaire et on revoit, de dix en dix minutes, les repères indiqués plus haut (pouls, tension, etc.) en notant les différences constatées et les principaux signes fonctionnels.

Au bout d'un quart d'heure, les observations peuvent être suspendues, car le retour à l'état normal se fait généralement avant la 60e minute.

Enfin, avant d'étudier nos différentes dermatoses, il nous paraît utile de dire ici un mot des différents extraits dont nous nous sommes servis:

a) Pour nos différentes épreuves glandulaires, nous avons déjà écrit quelques lignes plus haut, que nous avons utilisé, de façon habituelle, les extraits désalbuminés de Carrion.

b) Comme traitement de l'hyperthyroïdisme, nous nous sommes servis, tantôt de l'hématoéthyroïdine, tantôt de l'extrait hypophysaire, en nous basant, pour l'emploi de ce dernier, sur ses résultats favorables dans la maladie de Basedow (1).

c) Quant à la question des doses des produits opothérapiques que nous avons utilisés dans nos différents traitements, nous nous sommes basés, pour les prescrire, sur les indications établies par Carrion: à savoir, sur l'ensemble des travaux qui ont parus et sur les données des services hospitaliers où on a employé ces produits; enfin sur les expériences physiologiques faites par M. le docteur Hallion.

(1) J. Parisot: Action de l'extrait hypophysaire dans la maladie de Basedow. Congrès français de médecine, Paris, octobre 1907.

CHAPITRE IV

PSORIASIS ET TROUBLES ENDOCRINIENS

SOMMAIRE

Différentes origines du psoriasis. — Apparition du psoriasis à la suite d'une irritation cutanée (Spillmann - Nicolas - Favre). — Psoriasis et affections articulaires (Waelsch). — Troubles de métabolisme dans le psoriasis (Gaucher - Desmoulière - Ringer). — Facteur nerveux du psoriasis. — Psoriasis et troubles endocriniens (Bory - Verotti - Malcolm Morris, etc.).

Observations :

a) *Résultats positifs.* Proriasis et hyperthyroïdie (Observations 1 et 2).

b) *Résultats douteux.* Psoriasis et thymus (Observation 3).

c) *Résultats négatifs.* (Observations 4, 5, 6, 7, 8).

Conclusions concernant le psoriasis.

PSORIASIS ET TROUBLES ENDOCRINIENS

Qu'il nous soit permis ici de faire remarquer que nous n'avons en vue, dans notre travail, que de véritables dermatoses ne comprenant évidemment que des entités bien définies; nous ne pouvons pas, dans un travail reposant tout entier sur des vues générales, entrer dans la discussion des sous-variétés et des formes de passage. Les malades que nous avons examinés ont été pris au hasard de la clinique dermatologique (Service de M. le professeur Spillmann), de différents âges par conséquent, et atteints de dermatoses diverses. Nous avons intentionnellement laissé de côté tous les troubles trophiques secondaires à des maladies nerveuses organiques ou à des névroses. Nous n'avons pas mentionné non plus certaines modifications des tissus sous-cutanés (œdèmes, adipose), qui sont si fréquemment sous la dépendance du système neuro-glandulaire.

Il nous a semblé préférable et disons le plus commode aussi, d'adopter une classification dermatologique de nos différentes observations.

Nous étudierons ainsi les psoriasis, les eczémas, les pelades, etc. et, avant de donner nos observations se rapportant à chacune de ces grandes variétés, nous dirons quelques mots des différentes idées émises à leur sujet, et envisagerons ensuite nos résultats personnels.

Le psoriasis est une affection de la peau, qui se caractérise par la présence de taches, d'un rouge vif, bien circonscrites, couvertes de squames sèches, nacrées et non prurigineuses.

Nous ne nous attarderons pas à rappeler les explications diverses qui ont été données du psoriasis ; elles ne traduisent le plus souvent que des coïncidences et des impressions.

D'ailleurs, le nombre de causes, la variété des circonstances qui ont été trouvées à l'origine des premières poussées psoriasiqnes sont trop nombreuses, et nous nous contenterons de les mentionner brièvement.

On a vu le psoriasis succéder à une simple irritation cutanée, à la pose d'un vésicatoire ou d'un sinapisme, de ventouses ou de pointes de feu (cas signalés par Spillmann, Nicolas, Favre, etc.). Assez souvent, on l'a vu succéder à une maladie éruptive, à la rougeole, à la variole, à la scarlatine, ou survenir après une grossesse, pendant la lactation.

Waelsch (Archives allemandes de dermatologie, 1910), étudiant les raports du psoriasis avec les affections articulaires et discutant la spécificité des arthropathies psoriasiques, a cru remarquer que certaines dermatoses (eczéma, psoriasis) peuvent survenir à la suite d'affections articulaires et ont, dans ces conditions, ds analogies de forme et de structure assez frappantes. Pour lui, les arthropathies, de nature infectieuse, donnent naissance à des toxines, qui amènent souvent une cachexie marquée des malades et peuvent déterminer des lésions inflammatoires en foyer de la peau, pouvant revêtir toutes les formes, depuis l'eczéma (catarrhe humide), jusqu'au psoriasis (catarrhe sec).

Ainsi s'éclaire, pour certains, la pathogénie du psoriasis : réaction cutanée à une intoxication.

Pour d'autres, le psoriasis ne serait qu'une réaction cutanée à une intoxication.

De nombreux auteurs, Gaucher, Desmoulières, Ringer, ont noté qu'il existait incontestablement des troubles du métabolisme dans le psoriasis.

En somme, la réaction cutanée psoriasique apparaîtrait ici comme une sorte d'albuminurie de la peau.

Les uns le considèrent comme une malformation cutanée ou une infection parasitaire.

Les autres, ces dernières années principalement, ont déclaré qu'il pouvait exister un lien entre le psoriasis et la tuberculose atténuée.

Brocq le range dans ses « réactions cutanées », et admet qu'il peut se développer sous l'influence d'une quantité de causes occasionnelles ou par l'effet de troubles de l'état général.

Certains ont invoqué un facteur nerveux. Cette théorie se défend d'après :

1° Le début assez fréquent du psoriasis à la suite de traumatismes violents, d'émotions vives, d'une peur par exemple ou d'un violent chagrin ;

2° La symétrie habituelle des éléments éruptifs ;

3° La coexistance d'accidents névropathiques, de rhumatisme déformant.

Enfin, après chacune de ces théories :

1° Réaction cutanée par irritation locale :

a) Traumatique ;
b) Infectieuse ;
c) Toxique ;

2° Réaction cutanée par trouble du métabolisme;

3° Réaction cutanée par trouble nerveux.

Après chacune de ces théories, disons-nous, a pris naissance la pathogénie endocrinienne : la réaction cutanée serait liée à des troubles de glandes à sécrétion interne.

Un certain nombre de faits ont pu servir d'arguments à cette conception. Ainsi l'administration d'extrait thyroïdien a donné quelquefois des résultats favorables dans le traitement des poussées.

De nombreux auteurs avaient surtout remarqué les rapports assez impressionnants entre l'existence d'un psoriasis et d'un trouble endocrinien de l'ovaire ou du testicule.

Bory (18) publie un cas où le psoriasis est survenu peu de temps après une castration bilatérale, un autre où il a coïncidé avec une hydrocèle volumineuse; un troisième cas, signalé par le même auteur, apparaît chez une femme deux mois après la ménopause.

L'un des plus typiques, à ce point de vue, est le cas publié par Verotti (203); ici, le psoriasis a débuté avant une aménorrhée, qui s'est installée peu après la première manifestation cutanée. Pendant cinq ans, aucun changement ne s'est produit dans cet état, qui ne se modifie un jour que par suite d'une médication ovarienne. Un mois après l'institution de cette thérapeutique, les règles revenaient, tandis que le psoriasis disparaissait graduellement.

Citons encore, dans le même ordre d'idée, les cas de Malcolm Morris (139) et d'Epstein, débarrassés de leur psoriasis par la médication thyroïdienne.

Bref, la théorie qui nous intéresse tout particulièrement, est une des dernières invoquées : la théorie endocrinienne.

Notre méthode expérimentale, indiquée déjà dans notre technique, va nous permettre de vérifier d'une façon un peu plus scientifique les conclusions de cette théorie et de voir, d'après notre travail tout au moins, si oui ou non, il nous est permis de conclure à une relation de cause à effet.

Les huit cas de psoriasis que nous avons soumis à notre méthode, concernent plus spécialement des femmes, de professions diverses, et évoluent avec un maximum de fréquence entre 17 et 35 ans.

Parmi eux, quatre sont localisés, les autres généralisés.

Si nous envisageons aussi bien les résultats du traitement que ceux de nos épreuves glandulaires, nous pouvons, d'une façon incontestable, les classer en trois grands groupes :

a) Résultats positifs ;

b) Résultats douteux ;

c) Résultats négatifs.

Résultats positifs

OBSERVATION 1

Résumé. C'est celui d'une jeune fille de 17 ans, dactylographe de son métier, qui présente un psoriasis localisé au niveau des coudes. Aucune amélioration par les traitements locaux usuels. Légers signes cliniques d'hyperthyroïdisme. « Signe de la thyroïde » et « épreuve de Gœtsch », faiblement positifs. Traitée par extrait hypophysaire. Amélioration progressive et guérison.

Histoire. — M^lle^ Renée D... vient nous consulter le 13 mai 1923, pour un psoriasis.

L'interrogatoire de ses antécédents héréditaires et personnels ne fournit aucun renseignement à retenir.

Depuis un an, elle présente au niveau du coude droit, une plaque d'un rouge vif, recouverte de squames blanchâtres, de la grosseur d'une pièce de cinq francs environ; au niveau du coude gauche et sur le deltoïde, deux petites taches, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, présentant un aspect semblable. Ces lésions squameuses ne furent jamais prurigineuses, et leur grattage nous fournit les signes caractéristiques du psoriasis, à savoir: le signe de la tache de bougie et celui de la rosée sanglante.

Cliniquement, un corps thyroïde augmenté de volume; un peu d'éclat des yeux, pas de tremblement.

Manœuvre expérimentale. — Le 15 mai, nous recherchons le « signe de la thyroïde ».

Avant l'injection:

Pouls 84, Mn. 85, Mx. 125, R. O. C. 4.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	80	Mn. 80	Mx. 125
—	20	—		76	— 80	— 120
—	30	—		75	— 80	— 120
—	40	—		76	— 80	— 120
—	50	—		72	— 80	— 120
—	60	—		78	— 80	— 125

L'injection de deux ampoules d'extrait thyroïdien Carrion, nous donne:

Un ralentissement du pouls de 12 pulsations et qui n'apparaît qu'à la 50e minute;

Une très légère baisse des deux tensions.

Un second test, pratiqué quelques jours, après, nous fournit les mêmes réactions.

Donc « signe de la thyroïde » faiblement positif.

Le 25 mai, « épreuve à l'adrénaline de Gœtsch »:

Avant l'injection: pouls 96 Mn. 75 Mx. 125.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	96	Mn.	75	Mx. 125
—	20	—	94	—	65	— 125
—	30	—	94	—	60	— 125
—	40	—	94	—	60	— 125
—	50	—	96	—	65	— 125
—	60	—	96	—	65	— 125

Réaction au demi-milligramme d'adrénaline faiblement positive, puisqu'il se produit seulement une légère baisse de la minima.

Conclusion. — Hyperthyroïdie.

Traitement. — Nous lui prescrivons de l'extrait hypophysaire, à prendre en cachets (0,20 par jour).

Résultat. — Deux mois après, la malade revient nous voir. Une sensible amélioration s'est produite.

Les taches psoriasiques du coude gauche et du deltoïde ont totalement disparu. Le placard du coude droit s'est lui-même modifié ; il n'apparaît plus que sous l'aspect d'une petite tache, tache érythémateuse et qui n'est plus recouverte de squames.

Au fur et à mesure que le traitement se prolonge, cette tache de psoriasis disparaît de plus en plus et la malade, quelque temps après, en est tout à fait débarrassée.

OBSERVATION 2

Résumé. — Psoriasis localisé, chez une femme de 36 ans, et évoluant depuis l'âge de 12 ans. État dépressif rappelant de très près la symptomatologie de la démence précoce. Quelques signes cliniques d'hyperthyroïdisme. Tests de la thyroïde en faveur de l'hyperthyroïdisme. Métabolisme basal très augmenté. Traitée par extrait hypophysaire. Amélioration considérable de l'état général et guérison du psoriasis.

Histoire. — M^me^ P... vient nous consulter le 25 octobre 1923, pour un psoriasis qu'elle présente depuis l'âge de 12 ans.

Réglée à 17 ans. Règles régulières et normales. D'après la malade, le psoriasis tendrait un peu à disparaître chaque mois, au moment où elle est réglée.

Son psoriasis mis à part, la malade fut toujours très bien portante, jusqu'à son mariage, il y a deux ans.

Quinze jours après, en effet, elle change de caractère, perd la mémoire et reste indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. Au bout d'un an, a une grossesse normale; pendant sa gestation, son état s'améliore considérablement. L'enfant est très bien portant, mais elle ne peut le nourrir. Aussitôt accouchée, les troubles mentaux réapparaissent progressivement.

Examen. — L'examen actuel montre quelques placards typiques de psoriasis, de la grosseur variant d'une pièce de 1 franc à une paume de mains, localisés particulièrement aux bras et aux jambes. Quelques petites taches psoriasiques également au niveau des oreilles et sur le cuir chevelu.

L'examen de ses troubles phychiques montre un état dépressif avec troubles très accentués de l'attention spontanée et volontaire, avec sentiment pénible de changement intérieur: cauchemars nocturnes, céphalée, insomnie.

Il n'existe pas d'affaiblissement de la mémoire. Les acquisitions scolaires sont conservées.

Pas de négativisme, de maniérisme.

Réaction de Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Enfin, elle présente cliniquement quelques signes d'hyperthyroïdisme, à savoir: un corps thyroïde légèrement augmenté de volume, léger tremblement des doigts, un peu d'éclat des yeux. « Signe de Maranon positif ».

Manœuvre expérimentale. — Le 30 octobre, nous recherchons le « signe de la thyroïde ».

Avant l'injection: pouls 80 Mn. 80 Mx. 125, R. O. C. 6.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	80	Mn.	80	Mx. 120
—	20	—	80	—	80	— 120
—	30	—	72	—	80	— 120
—	40	—	72	—	75	— 120
—	50	—	80	—	75	— 120
—	60	—	80	—	80	— 120

Au moment où nous commencions cette épreuve, la malade nous fait savoir qu'elle est réglée depuis le matin même.

Tout en notant soigneusement cet avertissement, il nous a paru intéressant de rechercher justement pendant cette période menstruelle le « signe de la thyroïde », et de voir comment notre malade allait réagir à l'injection d'extrait thyroïdien.

Comme nous pouvons le voir, notre injection ne détermine que des modifications sans aucune valeur du pouls et des tensions.

Quelques jours après la cessation des règles, nous répétons l'épreuve précédente et voici les résultats que nous obtenons :

Avant l'injection : pouls 108 Mn. 905 Mx. 135, R. O. C. 0.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	92	Mn.	80	Mx. 120
—	20	—	92	—	80	— 120
—	30	—	89	—	80	— 120
—	40	—	85	—	75	— 120
—	50	—	90	—	75	— 120
—	60	—	90	—	80	— 120

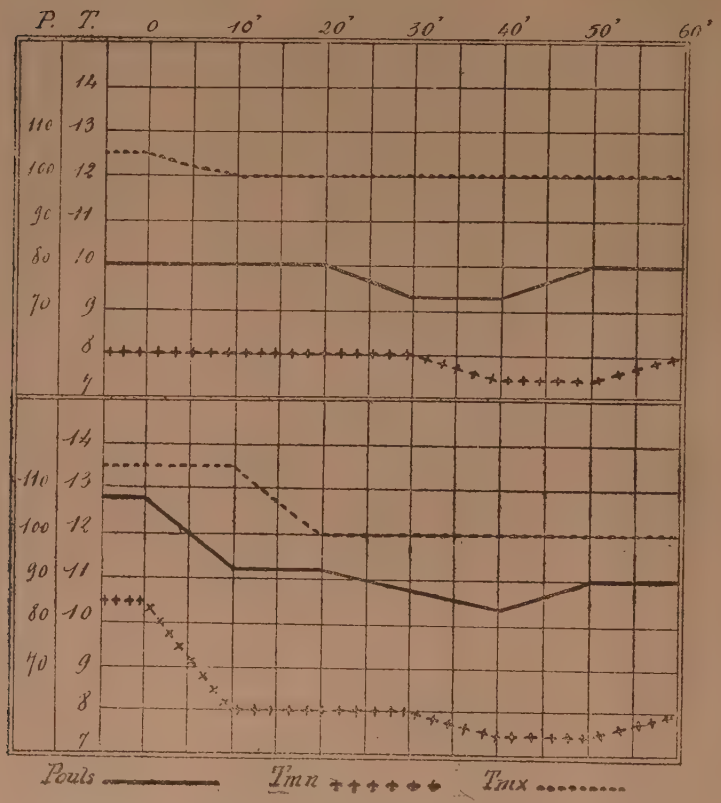
La réaction ici obtenue est toute différente de la précédente.

L'injection d'extrait thyroïdien à une époque éloignée de la menstruation, nous confirme les quelques signes cliniques d'hyperthyroïdisme : un ralentissement du pouls de 23 pulsations et une baisse notable des deux tensions.

Donc : « signe de la thyroïde » positif.

Les graphiques ci-dessous, d'ailleurs, nous feront mieux ressortir les différentes modifications :

Le « signe de la thyroïde » recherché en pleine période menstruelle



Le « signe de la thyroïde » recherché pendant une période intermenstruelle

« Signe de l'hypophyse » de Porak.

Avant l'injection : pouls 98 Mn. 75 Mx. 130.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	94 Mn.	80 Mx.	130
—	20	—	90 —	80 —	130
—	30	—	80 —	75 —	125
—	40	—	84 —	75 —	125
—	50	—	92 —	75 —	125
—	60	—	92 —	75 —	125

L'injection d'une ampoule d'extrait hypophysaire (correspondant à un demi-lobe postérieur d'hypophyse), détermine des réactions en faveur d'un état hyperthyroïdien.

Nous n'avons pas pu étudier ici le métabolisme des hydrates de carbone, la malade s'étant refusée à absorber le repas d'épreuve.

Métabolisme basal. — Cette épreuve, recherchée au laboratoire de physiologie par le docteur Hermann, nous a donné une augmentation de 31,65 calories %.

Conclusion. — Hyperthyroïdie.

Traitement. — Nous lui donnons 0,20 d'extrait hypophysaire à prendre journellement.

Résultat. — Nous avons revu notre malade trois mois après. Non seulement son état psychique s'était considérablement amélioré, mais encore, ce qui nous intéressait tout particulièremnt, le psoriasis avait complètement disparu.

Réflexions. — Un double intérêt ressort de cette observation :

En premier lieu, la disparition du psoriasis par un traitement opothérapique, avec preuve expérimentale du trouble endocrinien ;

En second lieu, ce fait important à noter : la malade, alors

qu'elle est réglée, ne réagit pas à l'injection d'extrait thyroïdien, alors que, pendant la période intermenstruelle, la réaction plaide d'une façon très nette en faveur de l'hypperthyroïdisme.

Conclusions concernant les résultats positifs. — Ainsi donc, voici deux cas où la relation scientifique de cause à effet est de toute évidence.

Déjà quelques signes cliniques nous avaient montré un certain état d'hyperthyroïdisme. Les tests de la thyroïde sont venus confirmer ces données et le traitement opothérapique approprié a assisté à la disparition du psoriasis.

Résultat douteux

Le cas qui va suivre est celui d'un homme qui présente un psoriasis depuis son enfance. Nous l'avions examiné au point de vue endocrinien. Toutes nos épreuves pharmacodynamiques, toutes au moins celles qui sont susceptibles de juger de l'état fonctionnel de certaines glandes, thyroïde et hypophyse par exemple, ont été négatives; nous nous contenterons donc de les mentionner.

Un traitement opothérapique, cependant, a pu guérir ce psoriasis et, si nous l'avons classé dans ce groupe de « résultat douteux », c'est que nous n'avons eu en mains aucune preuve permettant de dire qu'il existait bien un trouble endocrinien.

En effet, est-on en droit, lorsqu'un traitement opothérapique a fait disparaître une lésion cutanée, de conclure qu'on a rétabli la fonction de la glande qui ne fonctionnait pas! Certainement non, attendu que le principe actif de l'extrait se trouve favorisé dans son action par la présence de bien

d'autres substances : lécithines, matières albuminoïdes, qui donnent au complexus endocrinien toute son activité.

Combien de dermatoses avons-nous vu disparaître à la suite de l'ingestion d'extrait glandulaire donné d'une façon tout à fait empirique, et qui, après récidive, ont de nouveau disparu avec quelques injections de sang (autohémothérapie) ou avec quelques cachets de peptone, qui ont eu pour effet, très probablement, de modifier l'état humoral de l'individu, et qui ainsi ont pu avoir prise sur l'état de ses téguments.

D'où la nécessité, en l'absence de preuve scientifique de cause à effet, de ne pas trop se hâter à considérer le traitement opothérapique comme spécifique, là où peut-être la proteinothérapie aurait eu un résultat tout aussi favorable.

OBSERVATION 3

Examen. — Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, facteur de son métier, qui présente un psoriasis depuis l'âge de 6 ans.

Son père serait mort d'une affection cardiaque, sa mère d'une affection pulmonaire.

Notre malade contracte la syphilis à l'âge de 35 ans et la communique à sa femme. Depuis ce moment, tous deux viennent se traiter régulièrement au service.

Depuis l'âge de 6 ans donc, il présente un psoriasis généralisé ou plutôt apparaissant sous l'aspect de placards, typiques, à contours réguliers et disséminés un peu partout.

Depuis son enfance, l'affection a eu des hauts et des bas; le psoriasis s'atténuait par moments, sans qu'une cause quelconque puisse l'expliquer, puis ne tardait pas à réapparaître. Jamais, cependant, et c'est là le point essentiel, il n'avait complètement disparu.

Inutile de dire que tous les traitements locaux et généraux, essayés jusqu'à ce jour, ainsi que le traitement arsenical n'avaient donné d'amélioration.

Cliniquement, le malade ne présente pas de trouble endocrinien et notre manœuvre expérimentale (« signe de la thyroïde », « épreuve à l'adrénaline », recherche de l'état fonctionnel de l'hypophyse par l'étude du métabolisme des hydrates de carbone) ne réussit à en révéler aucun.

Traitement. — C'est alors que ne sachant que faire, et voulant essayer cependant un traitement opothérapique, nous lui donnons à prendre, par voie buccale, de l'extrait thymique.

Résultat. — A la suite de l'ingestion de six boîtes de vingt-quatre cachets, le psoriasis avait complètement disparu; les éléments s'étaient totalement effacés, sans laisser de trace aucune.

Conclusion. — Doit-on considérer ce cas comme un résultat positif, autrement dit, est-on en droit de conclure à l'origine endocrinienne de ce psoriasis?

A l'exemple de nombreux auteurs, qui ont publié des cas de ce genre, et que nous avons pu voir relatés dans notre historique (Greenbaum, 85 et Gross, 88), allons-nous estimer comme eux que, puisqu'un traitement opothérapique a fait disparaître un psoriasis, celui-ci est forcément d'origine endocrinienne?

Deux faits semblent bien plaider en faveur de cette origine, à savoir:

1° La persistance de ce psoriasis durant de nombreuses années;

2° Sa disparition complète et relativement rapide par l'extrait thymique.

Cependant, n'ayant pu avoir en mains aucune preuve scientifique du trouble de fonctionnement du thymus, pour la bonne raison que les tests de cette glande sont encore à trouver, nous concluerons en disant que cette origine endocrinienne

semble probable mais incertaine : en agissant autrement, nous nous exposerions à la même critique que celle que nous avons faite déjà au début de notre travail ; de plus, ce serait n'attribuer à la méthode expérimentale que nous avons employée, aucune signification, aucune valeur, aucune raison d'être.

Résultats négatifs

Les quelques observations qui vont suivre rentrent dans le groupe des résultats négatifs.

Ce qui semble devoir être retenu ici, c'est que dans ces cas, où nos tests glandulaires n'ont pu déceler aucun trouble endocrinien, un traitement opothérapique, essayé par tâtonnement, est resté sans aucun résultat.

OBSERVATION 4

Résumé. — Psoriasis généralisé, observé chez une femme de 30 ans. Rebelle à tous les traitements locaux et généraux. Aucun signe clinique de trouble endocrinien. Manœuvre expérimentale négative. Traitement opothérapique essayé par tâtonnement sans aucun résultat.

Histoire et examen. — Le psoriasis débute à l'âge de 19 ans par un petit placard au niveau du coude gauche. Quelque temps après, un autre apparaît au coude droit et, petit à petit, de petites taches surgissent sur différentes parties du corps.

A l'heure actuelle, la malade présente un gros placard de psoriasis au niveau des coudes et de petites taches de même nature au niveau des bras, des jambes, des seins, de la région interscapulaire et sur le cuir chevelu. Un petit point psoriasique au niveau du nez et des deux oreilles.

Aucun signe clinique de troubles endocriniens.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde négatif ».

L'injection d'extrait thyroïdien laisse complètement insensibles les deux tensions et ne produit aucune modification appréciable du pouls.

Épreuve à l'adrénaline négative.

La recherche du seuil de tolérance des hydrates de carbone, nous montre un métabolisme normal.

Traitement - Conclusion. — Tous ceux que nous avons essayés, extrait thyroïdien, extrait hypophysaire, extrait thymique, sans parler évidemment dss traitements locaux que nous lui avons prescrits, sont restés sans aucun résultat.

OBSERVATION 5

Résumé. — Jeune fille de 17 ans. Psoriasis localisé aux deux jambes. Aucun résultat par les traitements en cours. Aucun signe clinique de troubles endocriniens. Tests glandulaires négatifs. Traitements opothérapiques essayés sans résultat.

Examen. — Chez cette juene fille sans aucun antécédent héréditaire ou personnel, le psoriasis débute aux bras, puis apparaît bientôt aux jambes. D'abord traitée localement sans résultat, il disparaît à la suite de piqûres de cacodylate, puis s'installe à nouveau et d'une façon définitive.

Cette jeune fille est tout à fait bien portante, suit un régime depuis le début de son affection, est réglée d'une façon normale, ne présente aucun signe de trouble endocrinien, et en somme aucune cause susceptible de pouvoir l'expliquer.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de Maranon » négatif.

Pas de dermographisme; les épreuves susceptibles de juger de l'état de son système végétatif, c'est-à-dire injections d'adrénaline et de pilocarpine, ne donnent aucune réaction appréciable. D'un autre côté, les différents tests de la thyroïde, la recherche de l'état fonctionnel de son hypophyse sont négatifs.

Traitement et conclusion. — Aucun résultat de notre méthode

n'étant capable de nous indiquer le traitement à prescrire, nous essayons malgré tout l'opothérapie. L'extrait thyroïdien d'abord, puis l'hypophyse, l'extrait thymique ensuite, enfin le traitement pluri-glandulaire, n'amènent aucune modification de son psoriasis.

OBSERVATION 6

L'observation qui vient pourrait, quant au résultat du psoriasis, se calquer sur la précédente, c'est dire que sans résultat à nos épreuves neuro-glandulaires, l'opothérapie ne modifie pas la lésion cutanée.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui présente depuis l'âge de 20 ans des poussées de psoriasis.

Il apparaît une première fois à l'âge de 20 ans, sous forme de petites taches seulement, et disparut comme il était venu, c'est-à-dire sans aucune cause appréciable.

Réapparaît ensuite une deuxième fois pendant la guerre. La malade lui attribue alors une origine émotive.

Il disparut à nouveau, pour revenir deux ans après, d'une façon pregrossive et pour cette fois se généraliser.

L'examen montre de gros placards typiques, disséminés un peu partout, de volume variable cependant, mais avec une prédominance marquée pour la région inter-scapulaire.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel. Le Wassermann est négatif. Nos tests neuro-glandulaires sont sans résultat, et le traitement opothérapique « essayé » est nul.

OBSERVATION 7

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, depuis deux ans, présente sur tout le corps, mais en particulier au niveau de la face dorsale des mains et sur la région médio-thoracique, de petits placards psoriasiques.

Il ne présente rien de particulier dans ses antécédents, aucun

signe de trouble endocrinien, et il n'est point besoin de dire que tous les traitements esasyés échouent.

Nos tests glandulaires donnent les résultats suivants:

« Signe de la thyroïde », négatif;
« Epreuve à l'adrénaline », négative;
Etat fonctionnel de l'hypophyse, normal.

Par l'opothérapie, nous n'obtenons aucun résultat appréciable.

OBSERVATION 8

Femme de 60 ans qui, toujours très bien portante, remarque pour la première fois, il y a deux ans, une tache de psoriasis au niveau de la région médio-thoracique.

Malgré le traitement local, cette tache s'étend petit à petit jusqu'à recouvrir toute la poitrine.

A l'heure actuelle, l'examen montre de gros placards psoriasiques au niveau des deux seins, des régions sternales et épigastrique; en arrière, de grosses taches disséminées depuis la région inter-scapulaire jusqu'aux crêtes iliaques.

Les traitements locaux, puis par injections de cacodylate et de novarsénobenzol, restent sans effet.

Cliniquement, notre malade ne présente aucun signe de trouble endocrinien.

La recherche du « signe de la thyroïde », par l'injection d'extrait thyroïdien, ne donne aucune modification appréciable du pouls et des deux tensions.

L'injection d'adrénaline, d'autre part, n'a pas plus de succès.

Les quelques extraits glandulaires « essayés » restent sans résultat.

CONCLUSIONS CONCERNANT LE PSORIASIS

En somme, des huit cas de psoriasis que nous avons étudiés et explorés d'une façon à peu près complète, au point de vue de leurs rapports avec un trouble endocrinien, et autant que notre méthode nous permettait de le faire, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

a) Dans deux cas seulement (observations 1 et 2), nous avons pu avoir la preuve expérimentale du trouble endocrinien, et le traitement opothérapique approprié, a pu assister à la disparition de la dermatose.

Dans ces deux cas, il s'agissait d'un dysfonctionnement thyroïdien, ou plutôt, comme nos tests nous l'ont montré, d'une exagération de la sécrétion thyroïdienne.

b) Dans un autre cas (observation 3), le psoriasis a bien paru être lié à un trouble de fonctionnement du thymus, puisque l'extrait thymique, prescrit à l'exemple de Gross (88) et Greembaum (85), l'a fait totalement disparaître ; mais nous le considérons cependant comme douteux, en raison du manque de test glandulaire, en raison aussi d'autres conditions qui ont pu intervenir et dont nous avons déjà dit un mot au moment de cette observation.

c) Dans cinq autres cas (observations 4, 5, 6, 7, 8), le rapport d'un trouble de fonctionnement endocrinien et du psoriasis nous apparaît d'autant moins probable que :

1° Les malades ne présentaient, cliniquement, aucun signe de trouble endocrinien ;

2° Le résultat de notre manœuvre expérimentale fut totalement négatif ;

3° Le traitement opothérapique, essayé par tâtonnement, resta sans résultat.

CHAPITRE V

ECZÉMAS ET TROUBLES ENDOCRINIENS

SOMMAIRE

I. Eczémas et arthritisme :

Rôle de l'auto-intoxication. — Sensibilisation et eczémas (M. Spillmann). — Dysfonctionnement endocrinien.

II. Observations :

A. — *Résultats positifs :*
Eczéma et insuffisance hypophysaire (Obs. 1 et 2).
Eczéma et insuffisance ovarienne (Obs. 3).
Eczéma et hyperthyroïde (Obs. 6).

B. — *Résultats négatifs* (Obs. 5, 6, 7).

III. Conclusions concernant les eczémas.

ECZÉMAS ET TROUBLES ENDOCRINIENS

On entend par eczéma, une dermatose, dans laquelle l'infection ne joue qu'un rôle surajouté et qui est caractérisé, objectivement, par toute une série de lésions élémentaires qui se succèdent en passant par différents stades : stades d'érythème, de vésiculation, de suintement, d'incrustation, de lichenisation et de desquamation.

Il nous semble avantageux de rappeler brièvement les différentes idées qui ont été émises au sujet de l'origine interne de l'eczéma.

A l'heure actuelle, il tend à être considéré comme une affection d'origine diathésique, dépendant de troubles généraux neuro-arthritiques.

On a fréquemment accusé l'hérédité, hérédité directe quand les parents du malade étaient eux-mêmes eczémateux ; indirecte, lorsqu'ils étaient atteints d'une ou de plusieurs manifestations de ce trouble de nutrition qu'on appelle l'arthritisme.

Non moins souvent, l'intoxication et l'auto-intoxication ont été incriminées.

Lunaud (thèse de Paris, 1921) conclut en disant que les poisons eczématigènes sont vraisemblablement d'origine endogène, issus du métabolisme cellulaire, mais que certains poisons endogènes d'origine alimentaire ou résultant d'une élaboration

digestive défectueuse, semblent jouer un rôle d'appoint pour exagérer ou entretenir la lésion.

L'accumulation de poisons eczématigènes dans l'organisme paraît relever de deux phénomènes issus d'une même cause : le ralentissement de la nutrition générale. Celui-ci détermine la production excessive de poisons et, par ailleurs, diminue des processus naturels de défense anti-toxique. Les glandes endocrines, jouant un rôle de défense anti-toxique important, leur emploi, déclare l'auteur, à titre opothérapique, est donc légitime dans toutes les auto-intoxications et en particulier dans les dermatoses, comme l'eczéma.

Et c'est alors qu'a surgi cette idée : la cause essentielle, prédisposante de l'eczéma ne consisterait-elle pas en une prédisposition morbide strictement cutanée, peut-être en une hypersensibilité de la peau à l'égard de divers agents internes ou externes.

Suivant l'avis de M. Spillmann (188), la sensibilisation paraît certaine ou vraisemblable à l'origine de certaines dermatoses et en particulier de l'eczéma. Il semble résulter de son étude qu'il y a lieu de distinguer les dermatoses de sensibilisation anaphylactique et les dermatoses survenant chez les malades dont la sensibilité cutanée est normalement exagérée, le déséquilibre humoral pouvant être provoqué par le déséquilibre neuro-végétatif ou par le dysfonctionnement endocrinien.

Mais il nous semblerait quitter notre sujet que d'insister davantage sur les opinions émises au sujet de ces nombreuses causes internes dont semble relever l'eczéma.

Contentons-nous de voir comment nos eczémateux ont réagi à nos différentes épreuves neuro-glandulaires, et de

constater, suivant nos résultats obtenus, s'il est possible ou non de conclure à une origine endocrinienne.

Le but de notre travail était de rechercher les rapports qui pouvaient exister entre l'apparition de l'eczéma et certains troubles endocriniens.

C'est assez dire que nous avons éliminé tous ceux relevant d'une cause externe, agents mécaniques, physiques ou chimiques, ou d'une cause anaphylactique ou gastro-intestinale, pour ne nous occuper que de ceux d'origine interne et à étiologie plus complexe.

Les sept cas d'eczéma que nous avons étudiés, évoluent avec un maximum de fréquence, soit entre 12 et 17 ans, soit entre 40 et 45 ans et concernent plus spécialement la femme.

Parmi eux, six sont localisés, un seul généralisé. Leur marche est le plus généralement subaiguë.

Quand à nos résultats, ils peuvent se grouper en deux grands groupes :

a) *Résultats positifs.* — Ce sont ceux chez lesquels il nous a été possible, et de déceler un trouble endocrinien, et d'assister à la disparition de l'eczéma par un traitement opothérapique approprié.

b) *Résultats négatifs.* — Ceux qui n'ont réagi en aucune manière à nos différentes épreuves glandulaires et qui sont restés insensibles à l'action d'un traitement opothérapique essayé par tâtonnement.

Résultats positifs

OBSERVATION 1

Résumé. — Enfant de 12 ans. Syndrome adiposo-génital typique et lésions eczématiformes rebelles à tous les traitements en cours. « Signe de la thyroïde » négatif. L'étude du seuil de tolérance des hydrates de carbone nous montre une insuffisance hypophysaire. Traité par cachets d'extrait hypophysaire. Les lésions disparaissent parallèlement au traitement. Guérison complète après deux mois et demi.

Examen clinique. — Par l'interrogatoire, nous n'obtenons aucun renseignement intéressant sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Notre jeune malade présente un syndrome adiposo-génital typique, caractérisé par l'adiposité et l'hypoplasie des organes génitaux.

Il présente aux plis articulaires, au pli du coude, au creux poplité en particulier, des lésions érythémato-squameuses par endroits, suintantes à d'autres.

Nous lui prescrivons d'abord un traitement local, puis lui faisons quelques injections de sang et enfin d'hyposulfite de soude.

Chacun de ces traitements restant sans succès, nous l'étudions au point de vue endocrinien.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection : pouls 88 Mn. 70 Mx. 125.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes,	pouls	76	Mn.	80	Mx. 125
—	20	—		84	—	80	— 125
—	30	—		84	—	80	— 125
—	40	—		84	—	80	— 125
—	50	—		88	—	80	— 125
—	60	—		84	—	75	— 125

Le pouls ne varie pas ou tellement peu que nous ne lui attribuons aucune valeur. Les deux tensions restent les mêmes.

Donc: « Signe de la thyroïde » négatif.

Etant donné d'une part le syndrome adiposo-génital que présente notre malade, et d'autre part, le résultat négatif du test de la thyroïde, nous sommes amenés à explorer l'état fonctionnel de ses testicules en temps que glande à sécrétion interne, et celui de son hypophyse.

« Test orchitique ».

Avant l'injection: pouls 80 Mn. 70 Mx. 125.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes, pouls	72	Mn. 65	Mx.	120
—	20	—	88	— 65	—	120
—	30	—	88	— 65	—	120
—	40	—	88	— 65	—	120
—	50	—	80	— 70	—	125
—	60	—	80	— 70	—	125

Les modifications du pouls et des tensions sont peu importantes. Une légère accélération du pouls peut-être est à retenir.

« Test hypophysaire ».

Comme nous l'avons indiqué dans notre technique, l'élévation ou l'abaissement du seuil de tolérance des hydrates de carbone est un moyen commode de juger l'état d'activité de l'hypophyse.

Chez notre malade, l'ingestion de 300 gr. de sucre, suivie d'une injection d'extrait de lobe postérieur, n'a montré, dans les urines qui ont été examinées quatre fois dans le courant de la journée, aucune trace de sucre.

Conclusion. — Insuffisance hypophysaire.

Traitement. — A partir de ce jour, nous donnons à prendre à notre malade 0,20 d'extrait hypophysaire.

Résultat. — Une douzaine de jours après, il revient nous voir.

L'aspect a beaucoup changé; les lésions sont complètement desséchées et les démangeaisons tout à fait disparues.

Sur le conseil de notre maître, M. Spillmann, nous lui demandons de cesser tout traitement et de revenir nous voir dix jours après.

A la date fixée, nous constatons que l'amélioration s'est complètement arrêtée du jour où le malade a cessé le traitement opothérapique, comme nous lui avions recommandé. Les démangeaisons n'ont pas réapparu, pas plus que les lésions suintantes, mais la régression a cessé de s'effectuer.

Le malade reprend alors son traitement. Il se produit alors une amélioration graduelle très nette; au fut et à mesure que le traitement se prolonge, les lésions disparaissent de plus en plus.

Deux mois et demi environ après le traitement, il ne reste plus aucune trace de son eczéma.

OBSERVATION 2

Résumé. — Eczéma de la face et du cuir chevelu, chez une jeune fille de 15 ans. Aucun résultat par les traitements en cours. « Signe de la thyroïde négatif. Insuffisance hypophysaire. Traitée et guérie par extrait hypophysaire.

Examen. — M^lle^ Henriette J... est une jeune fille de 15 ans, qui, en avril 1923, vient nous consulter pour un eczéma.

L'examen montre un cuir chevelu couvert d'une forte épaisseur de squames qui se détergent facilement, et des lésions suintantes de toute la face et des oreilles, en particulier.

Elle fut d'abord traitée au service par les moyens usuels et sans aucun succès durable.

Réglée à 13 ans, les règles, depuis ce jour, sont normales et régulières.

Son eczéma mis à part, la malade est tout à fait bien portante et ne présente aucun signe de trouble endocrinien.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection: pouls 92 Mn. 90 Mx. 125.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	90	Mn.	80	Mx.	130
—	20	—	92	—	80	—	130
—	30	—	92	—	80	—	125
—	40	—	90	—	80	—	125
—	50	—	90	—	80	—	130
—	60	—	92	—	80	—	130

Aucune réaction à l'injection d'extrait thyroïdien. « Signe de la thyroïde » négatif.

Quelques jours après, l'étude du seuil de tolérance des hydrates de carbone, dans le but d'apprécier l'état fonctionnel de son hypophyse, nous montre une insuffisance hypophysaire.

En effet, l'ingestion de 300 gr. de sucre, suivie d'une injection d'extrait hypophysaire, ne laissent passer aucune trace de sucre dans les urines examinées quatre fois dans le courant de la journée.

Conclusion. — Insuffisance hypophysaire.

Traitement. — La malade restant au service, nous lui faisons des injections d'extrait hypophysaire.

Résultat. — A partir de la cinquième injection, les lésions squameuses du cuir chevelu diminuent, les lésions suintantes de la face se dissipent petit à petit et, après la vingt-quatrième piqûre, la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION 3

Résumé. — Eczéma généralisé chez une jeune fille de 18 ans. Traitée sans succès par les moyens ne cours. La malade n'est pas encore réglée. « Signe de la thyroïde » négatif. Signe de l'ovaire positif autant qu'il est possible de le dire actuellment. Traitée par extrait de corps jaune. Apparition des règles et guérison de l'eczéma.

Examen. — M^lle^ Hélène C..., âgée de 18 ans, présente depuis

un an un eczéma généralisé. Cet eczéma est apparu d'abord aux oreilles puis aux jambes, et enfin s'est généralisé à tout le corps, en passant par les stades successifs et typiques de l'eczéma.

On la traite d'abord par des injections d'hyposulfite de soude. Après la huitième piqûre, les lésions qui étaient très prurigineuses ne le sont plus, mais l'aspect extérieur n'a pas varié.

La malade n'est pas encore réglée, cependant chaque mois elle éprouve dans le bas-ventre des douleurs intenses, durant en moyenne deux ou trois jours et l'obligeant à s'aliter.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».
Avant l'injection : pouls 100 Mn. 100 Mx. 135.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	100	Mn. 100	Mx.	130
—	20	—	98	— 100	—	130
—	30	—	96	— 105	—	125
—	40	—	96	— 100	—	125
—	50	—	98	— 100	—	130
—	60	—	98	— 100	—	130

« Signe de la thyroïde » négatif.

« Signe de l'ovaire ».
Avant l'injection : pouls 92 Mn. 90 Mx. 120.

Après l'injection (de 2 ampoules d'extrait d'ovaire de Carrion) :

Au bout de	10	minutes, pouls	92	Mn. 90	Mx.	120
—	20	—	90	— 90	—	120
—	30	—	92	— 80	—	120
—	40	—	92	— 80	—	120
—	50	—	92	— 80	—	120
—	60	—	90	— 80	—	120

Comme nous l'avions déjà écrit, le signe de l'ovaire n'est pas encore tout à fait au point. Néanmoins, d'après les recherches de MM. J. Parisot et Richard, il se produirait chez la femme normale au moment où sa fonction ovarienne est exaltée, une chute des tensions et un ralentissement notable du pouls.

Or, dans le cas présent, chez cette jeune fille impubère, après l'injection d'extrait d'ovaire, qu'avons-nous obtenu comme modifications cardio-vasculaires? Absolument aucune!

Nous pouvons donc conclure, avec ces auteurs, à une supppression ou tout au moins à une diminution notable de sa fonction interne.

Conclusion. — Insuffisance ovarienne.

Traitement. — Nous prescrivons chez notre jeune malade 0,20 d'extrait de corps jaune à prendre régulièrement quinze jour environ avant l'époque présumée de ses époques, date qu'il lui est possible de prévoir par suite des douleurs intenses qu'elle éprouve chaque mois.

Résultat. — Il ne se fait pas attendre. Deux mois et demi après, la malade revient nous voir. Ses règles ont apparu le deuxième mois et, dès la fin du premier, l'eczéma avait complètement disparu.

OBSERVATION 4

Résumé. — Femme de 47 ans. Eczéma localisé à la face et aux membres supérieurs. Présente en plus, depuis quelques années, des crises « épileptiformes ». Aucun signe clinique de troubles endocriniens. Signe de la thyroïde, positif. Traitée par extrait hypophysaire. Guérison rapide des crises et disparition progressive de l'eczéma.

M^me^ Elise B... présente, depuis un an, au niveau de la face et des bras des lésions érythémato-squameuses, prurigineuses, persistant malgré tous les traitements et régimes prescrits. Elle est encore réglée normalement et régulièrement, mais depuis trois ans, aussitôt après les époques, elle présente des étourdissements, des vertiges, de la céphalée et, sans cause appréciable, tombe brusquement sans connaissance. Au réveil, la malade ne se souvient de rien, elle éprouve une grande lassitude qui l'oblige généralement à s'aliter.

D'après la malade, ces crises semblent avoir pris naissance à la suite d'une vive discussion. L'examen des différents appareils est négatif, ainsi que le Wassermann.

Corps thyroïde normal à la palpation. Signe de Maranon positif. Pouls généralement rapide. Forte tension maxima.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection : pouls 104 Mn. 110 Mx. 220. R. C. O. 0.

Au bout de	10	minutes, pouls	100	Mn.	110	Mx. 220
—	20	—	100	—	110	— 220
—	30	—	96	—	105	— 220
—	40	—	88	—	110	— 220
—	50	—	92	—	110	— 220
—	60	—	96	—	110	— 220

Le R. O. C. recherché deux fois durant l'épreuve reste neutre.

« Signe de la thyroïde », positif.

Conclusion. — Hyperthyroïde.

Traitement. — La malade ne pouvant rester au service, nous nous contentons du résultat fourni par le test ci-dessus, et lui prescrivons 0,20 d'extrait hypophysaire à prendre journellement.

Résultat. — Exactement un mois après, la malade revient nous voir. Dès les premiers jours du traitement, les crises avaient disparu ainsi que tous les troubles morbides qui les accompagnaient. Quant aux lésions eczématiformes, elles s'étaient atténuées dès la première semaine et, à l'heure actuelle, avaient presque complètement disparu.

Conclusions concernant les résultats positifs

Les quatre cas d'eczéma qui précèdent, reconnaissent, à notre avis, une origine endocrinienne d'autant plus probable que :

1° Tous les traitements et régimes suivis n'avaient donné aucun résultat;

2° Les malades ont réagi d'une façon nette à nos différentes épreuves glandulaires;

3° Le traitement opothérapique approprié a pu amener leur guérison.

Dans les observations 1 et 2, il s'agissait d'un eczéma par insuffisance hypophysaire, le premier évoluant chez un enfant qui présentait un syndrome adiposo-génital typique, le second chez une jeune fille de 15 ans, qui cliniquement ne présentait aucun signe de trouble hypophysaire.

L'observation 3 nous montre un eczéma par insuffisance ovarienne évoluant chez une jeune fille de 18 ans qui n'est pas encore réglée.

Dans l'observation 4 enfin, nous assistons à un eczéma par fonctionnement exagéré de la thyroïde, avec crises épileptiformes chez une femme de 47 ans.

Qu'il nous soit permis de dire, à propos de ce dernier cas, que la relation de l'épilepsie et des troubles endocriniens avait déjà attiré l'attention de nombreux auteurs, mais que, jusqu'ici, l'influence de l'opothérapie est encore mal déterminée. Marchand (141) estime, en effet, que souvent, il est difficile, non seulement de déterminer la glande altérée, mais de dire s'il s'agit d'hypofonctionnement, d'hyperfonctionnement ou de dysfonctionnement des glandes endocrines et d'ailleurs que le traitement opothérapique est le plus souvent appliqué empiriquement.

Or, dans notre observaion, il semble bien que le traitement ne soit pas tout à fait empirique et que le test de la thyroïde pratiqué chez notre malade constitue une preuve scientifique de trouble fonctionnel.

Résultats négatifs

OBSERVATION 5

Résumé. — Eczéma lichénifié de la nuque chez une jeune fille de 17 ans. Quelques signes cliniques de basedowisme. « Signe de la thyroïde » nettement positif. Traitée par hémato-éthyroïdine sans aucun succès.

Histoire et examen. — M^lle M..., 17 ans, présente, depuis l'âge de 9 ans, un eczéma localisé à la nuque.

Les lésions débutèrent par un stade d'érythème, de vésicules, devinrent suintantes, puis croûteuses et évoluèrent petit à petit vers la lichénification.

L'examen actuel montre, au niveau de la nuque, une lésion érythémato-squameuse; la peau, à ce niveau, est ridée, légèrement épaissie et très prurigineuse.

Cette jeune fille est très bien portante et ne présente aucun trouble pathologique dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à 13 ans, les règles sont aujourd'hui régulières et normales.

Un examen un peu plus attentif montre néanmoins un corps thyroïde légèrement augmenté de volume, un peu d'éclat des yeux, de la tachycardie, et un signe de Maranon positif.

Inutile de dire que, depuis le début de son affection, aucun traitement local n'a réussi à enrayer sa marche; dès son arrivée au service, nous avons essayé l'auto-hématothérapie, des injections d'hyposulfite de soude, sans plus de succès.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».
Avant l'injection: pouls 100 Mn. 80 Mx. 120. R. O. C. 0.

Après l'injection:

Au bout de 10 minutes, pouls 88 Mn. 75 Mx. 120
— 20 — 88 — 75 — 120
— 30 — 84 — 70 — 110

Au bout de	40	minutes, pouls	76	Mn.	70	Mx. 110
—	50	—	80	—	75	— 110
—	60	—	88	—	75	— 115

L'injection d'extrait thyroïdien détermine chez notre malade:
Un ralentissement du pouls de 24 pulsations par minute;
Une légère baisse des deux tensions.
L'épreuve nous montre en plus un réflexe oculo-cardiaque, qui est neutre au début de l'épreuve et qui le reste jusqu'à la fin.

Traitement. — Estimant que ce test de la thyroïde était assez significatif, nous n'avons pas voulu prolonger davantage le séjour de notre malade à l'hôpital et nous sommes en conséquence, abstenus de pratiquer les autres tests glandulaires.
Nous nous sommes contentés de lui prescrire, à partir de ce jour, de l'hémato-éthyroïdine.

Résultats. — Au bout de quinze jours, la malade revient nous voir. Aucune amélioration ne s'est produite. Le prurit est toujours aussi intense et les lésions n'ont pas changé d'aspect.
Ne désirant plus séjourner au service, nous lui avons prescrit un traitement local et ne l'avons plus revue.

OBSERVATION 6

Résumé. — Femme de 35 ans, qui présente un eczéma des bras et des jambes depuis un an. Bon état général. Aucun signe clinique de troubles endocriniens. Tests glandulaires négatifs. Traitement opothérapique essayé sans résultat.

Histoire et examen. — M^me^ B..., 35 ans, ne présente rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et, quand à elle, fut toujours très bien portante jusque il y a un an.
A ce moment-là, elle commence à présenter, au niveau des chevilles, des bras et des mains, quelques petites lésions vésiculeuses, très prurigineuses.
En dépit de divers traitements locaux, les lésions s'étendirent

ensuite aux genoux, au creux poplité et au niveau de la région ombilicale.

L'examen actuel montre des lésions squameuses par endroits, papuleuses à d'autres, toutes prurigineuses ,avec léger épaississement de la peau à leur niveau.

A son entrée au service, on lui fait quelques injections de sang, plusieurs d'hyposulfite de soude sans aucun résultat.

La malade est réglée normalement et régulièrement.

Au moment de ses menstrues, il n'y a aucune modification dans l'aspect des lésions, mais les démangeaisons augmentent très nettement et ne lui laissent aucun moment de répit.

Corps thyroïde normal à la palpation. Pas d'éclat des yeux, pas de tremblement. Peu de dermographisme; enfin signe de Maranon négatif.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».
Avant l'injection: pouls 80 Mn. 75 Mx. 120. R. O. C. — 8.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	80	Mn. 75	Mx. 115
—	20	—		76	— 75	— 115
—	30	—		80	— 70	— 110
—	40	—		76	— 70	— 120
—	50	—		80	— 75	— 120
—	60	—		80	— 75	— 120

« Signe de la thyroïde » négatif.
Epreuve à l'adrénaline.

Avant l'injection: pouls 78 Mn. 75 Mx. 115.

Au bout de	10	minutes,	pouls	78	Mn. 75	Mx. 115
—	20	—		78	— 75	— 115
—	30	—		80	— 70	— 115
—	40	—		80	— 70	— 115
—	50	—		78	— 75	— 115
—	60	—		78	— 75	— 115

Epreuve donc négative.

D'autre part, l'état fonctionnel de son hypophyse, recherché par l'étude de l'élimination des hydrates de carbone, est normal.

Tous nos tests glandulaires, concernant tout au moins la thyroïde et l'hypophyse, ont été négatifs, et un traitement opothérapique, donné par tâtonnement, a totalement échoué.

OBSERVATION 7

Résumé. — Eczéma des membres supérieurs chez une femme de 45 ans. Aucune amélioration par les traitements locaux. Epreuves glandulaires négatives. Opothérapie essayée sans succès.

Histoire et examen. — M^lle^ L..., est une femme très bien portante qui, depuis huit ans, présente de l'eczéma. Différents traitements locaux l'ont amélioré et même guéri, mais momentanément seulement, car les lésions ne tardaient pas à réapparaître.

L'examen montre, au niveau des mains et des avant-bras, des lésions érythémato-squameuses à certains endroits, suintantes à d'autres.

Réglée encore normalement et régulièrement, elle ne présente aucun signe clinique pathologique important à retenir.

Une première fois, nous lui faisons quelques injections de sang, qui ont pour effet d'améliorer considérablement son état. L'eczéma cependant, réapparaît quinze jours après la cessation du traitement, et nous l'examinons alors au point de vue endocrinien.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection : pouls 84 Mn. 105 Mx. 145.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	84	Mn.	100	Mx. 140
—	20	—	82	—	100	— 140
—	30	—	80	—	105	— 140
—	40	—	84	—	105	— 135
—	50	—	84	—	105	— 140
—	60	—	84	—	105	— 140

L'injection du demi-milligramme d'adrénaline ne détermine pas plus de réaction que celle de l'extrait thyroïdien.

L'état fonctionnel de l'hypophyse nous paraît également normal.

Résultat. — Tous les traitements opothérapiques que nous avons essayés sont restés sans résultat.

CONCLUSIONS CONCERNANT LES ECZÉMAS

En somme, sur nos sept cas d'eczémas examinés, quatre nous ont paru reconnaître une origine endocrinienne :

Deux par insuffisance hypophysaire ;

Un par insuffisance ovarienne ;
Un par hyperthyroïdisme.

Les trois derniers n'ont réagi en aucune manière à nos épreuves glandulaires, sauf l'observation 5, où nous avons pu constater un « signe de la thyroïde » nettement positif. Cependant ici, comme dans les autres cas, le traitement opothérapique n'eut aucun succès.

CHAPITRE VI

PELADES ET TROUBLES ENDOCRINIENS

SOMMAIRE

I. Pelade et ménopause (Sabouraud).

Théorie trophoneurotique. — Pelade et sympathique (Levy-Frenkel). — Pelade et insuffisance thyroïdienne (Jacquet et Rousseau).

II. Observations :

A. — *Résultats positifs :*

Pelade et hyperthyroïdie (Obs. 1).
Pelade et hyperthyroïdie et insuffisance hypophysaire (Obs. 2).
Pelade et hypothyroïdie (Obs. 3).
Pelade et hyperexcitabilité sympathique (Obs. 4).

B. — *Résultats négatifs* (Obs. 5 et 6).

Conclusions concernant les pelades.

PELADES ET TROUBLES ENDOCRINIENS

Peu d'affections dermatologiques ont fait couler autant d'encre que la pelade.

Considérée par les uns comme une affection parasitaire et par d'autres comme un trouble trophique, elle paraît bien se fixer définitivement dans le cadre des affections sympathiques et endocriniennes.

D'après Sabouraud (176), la pelade est un syndrome qu'on observe comme accident de l'éruption tardive de la dent de sagesse ou comme symptôme du goître exophtalmique ou encore annexé au vitiligo, assez fréquent aussi chez la femme autour de la ménopause, très rarement enfin héréditaire ; mais la syphilis, surtout la syphilis héréditaire, est, d'après lui, à l'origine du plus grand nombre des pelades banales de l'enfance et de l'adolescence.

La théorie trophoneurotique, cependant, s'impose de plus en plus ; la pelade chirurgicale, la pelade traumatique consécutive à un choc sur la tête s'accompagnant de lésions nerveuses, sont connues depuis longtemps.

Jacquet considérait l'alopécie en aires comme une dermatose banale, demandant pour se produire une prédisposition individuelle, déséquilibre nerveux, viciation organique, hérédité, et une cause déterminante, représentée par une irritation nerveuse centrale ou périphérique (pelades centrales et pelades

réflexes). La pelade est, soit d'origine viscérale, soit d'origine locale et dépend, dans ce dernier cas, d'affections dentaires, auriculaires ou pharyngées. La pelade, par suite de son association à d'autres dermatoses, dans lesquelles, soit le système sympathique, soit les glandes à sécrétion interne jouent un rôle pathogénique prépondérant, a déjà laissé entrevoir l'importance du système neuro-glandulaire dans sa production. Dans une des dernières séances de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, Levy-Frenkel conclut également que la pelade est d'origine sympathique. Le trouble trophique dont dépend l'apparition de l'alopécie semble être assez souvent sous l'influence des glandes à sécrétion interne.

Nombreux sont les auteurs qui ont vu la pelade se développer au cours de la maladie de Basedow, ou chez des sujets atteints de goître simple ou d'insuffisance thyroïdienne; Jacquet et Rousseau l'ont observée chez un acromégalique avec atrophie thyroïdienne; Sabouraud a décrit la pelade de l'insuffisance ovarienne au moment de la ménopause et chez les ovariotomisés; Norman et d'autres ont suivi un cas de pelade guéri par la grossesse et récidivant avec le retour des règles.

En somme la pelade paraît être, jusqu'à nos jours, une lésion trophoneurotique dépendant d'un trouble d'innervation sympathique qui peut être provoqué lui-même par des causes diverses et en particulier par un dysfonctionnement glandulaire surtout thyroïdien et génital.

C'est ce dysfonctionnement glandulaire que nous avons essayé de déceler à l'aide de notre méthode. Ici, comme pour les autres lésions cutanées, nous avons cherché à nous rendre compte, si un trouble de sécrétion interne, pouvait bien être, comme certains l'admettaient, à l'origine de la pelade.

Nos résultats, aussi bien ceux fournis par notre épreuve glandulaire que ceux obtenus par un traitement opothérapique, peuvent se diviser en deux grands groupes :

a) Résultats positifs ;
b) Résultats négatifs.

Résultats positifs

OBSERVATION 1

Résumé. — Homme de 24 ans. Pelade du cuir chevelu caractérisée par quelques plaques disséminées çà et là. Aucun résultat par les traitmeents locaux. Aucun signe clinique de trouble endocrinien. Le « signe de la thyroïde » dénote un état typique d'hyperthyroïdisme. Traitement par extrait hypophysaire. Guérison complète au bout de deux mois.

Examen. — M. G... est un homme de 24 ans, qui est bien constitué et jouit d'une excellente santé. Son début de pelade remonte en janvier 1918. C'est tout à fait par hasard que le malade s'en aperçut. Il se traite à ce moment-là par un traitement local. La pelade disparaît puis réapparaît en 1919. Cette fois, les traitements locaux dont usent le malade restent sans action et c'est en mai 1923 que nous le voyons pour la première fois.

L'examen du cuir chevelu montre, disséminées çà et là, quelques plaques glabres, bien limitées, rondes, variant de la grosseur d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 2 francs. Dentition en très bon état. Wassermann négatif. En somme, rien de particulier à noter.

Le 24 mai 1923, nous l'examinons au point de vue endocrinien et commençons d'abord par rechercher le « signe de la thyroïde ».

Manœuvre expérimentale. — Manœuvres cliniques. Dermographisme très net. « Signe de Maranon » positif. Pas de tachycardie, pas de tremblement, pas d'exophtalmie, mais peut-être un léger éclat des yeux.

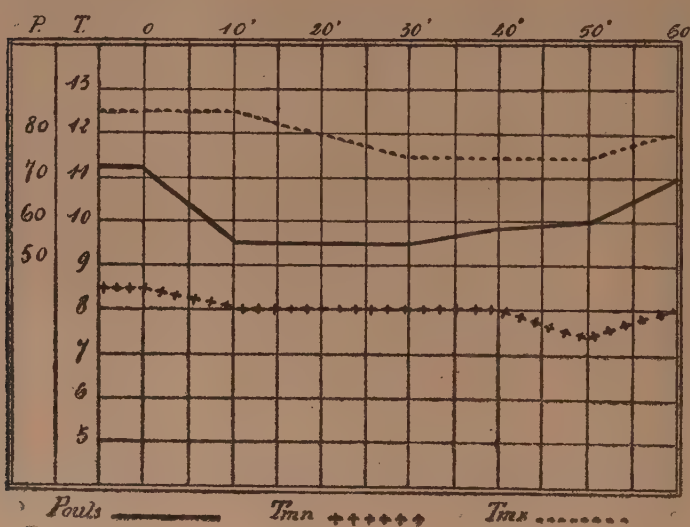
Test glandulaire. « Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection : pouls 72 Mn. 85 Mx. 125. R. O. C. — 4.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	56	Mn.	80	Mx. 125
—	20	—	56	—	80	— 120
—	30	—	56	—	80	— 115
—	40	—	58	—	80	— 115
—	50	—	60	—	75	— 115
—	60	—	68	—	85	— 120

Comme nous le montrera mieux le graphique ci-dessous, nous obtenons, après l'injection d'extrait thyroïdien et au bout de 10 minutes, un ralentissement du pouls de 16 pulsations par minute, une chute de la Mn. qui tombe de 85 à 75 et de la Mx. qui de 125 tombe à 115.



Etant donné le ralentissement du pouls, la chute des tensions, nous concluons à un état d'hyperthyroïdisme.

L'injection d'adrénaline d'ailleurs, nous a confirmé les données que nous avait fourni celle de l'extrait thyroïdien, en nous don-

nant une légère accélération du pouls et une baisse sensible de la tension Mn.

Traitement. — Nous lui conseillons alors de prendre de l'extrait hypophysaire (0,20 par jour).

Résultat. — Un mois après, le malade revient. Sur toutes les plaques primitivement dénudées, les cheveux repoussent et le malade, continuant son traitement, la guérison est complète au bout de quelques semaines.

OBSERVATION 2

Résumé. — Jeune fille de 17 ans. Pelade caractérisée par de larges placards sur tout le cuir chevelu. Traitements locaux sans résultat. Corps thyroïde un peu augmenté de volume. « Signe de la thyroïde » positif avec insuffisance hypophysaire traitée par extrait hypophysaire (0,20 par jour), guérison complète au bout de deux mois.

Examen. — Jeune fille de 17 ans bien portante. En janvier 1922, début de pelade par une petite plaque large comme une pièce de 50 centimes qui s'étendit progressivement jusqu'à présenter l'état actuel, très larges placards dénudés sur tout le cuir chevelu.

Dentition en bon état.

La malade set réglée à 15 ans; les règles d'abord espacées se régularisent et sont assez abondantes.

Corps thyroïde un peu plus gros à la palpation, mais pas de tremblement, pas d'éclat des yeux. Signe de Maranon positif.

Manœuvre expérimentale. — Le 15 juin 1924, nous recherchons le « signe de la thyroïde ».

Avant l'injection: pouls 80 Mn. 80 Mx. 140.

Après l'injection:

Au bout de 10 minutes,	pouls 74	Mn. 80	Mx. 140
— 20	— 70	— 75	— 140
— 30	— 68	— 75	— 130
— 40	— 68	— 70	— 135
— 50	— 75	— 80	— 130
— 60	— 75	— 80	— 135

L'injection d'extrait thyroïdien détermine chez notre malade un ralentissement du pouls de 12 pulsations et une baisse de 2 tensions.

Donc « signe de la thyroïde » positif.

« Test de l'hypophyse ».

Le 20 juin, nous étudions le fonctionnement de son hypophyse en recherchant le seuil de tolérance pour les hydrates de carbone, comme nous l'avons indiqué dans notre technique.

Notre malade prise à jeun, nous lui faisons ingérer 300 gr. de sucre dans 500 gr. d'eau. De suite après cette ingestion, nous lui faisons une injection intra-musculaire d'extrait de lobe postérieur.

Les urines de notre malade, examinées quatre fois dans le courant de la journée, ne décelèrent aucune trace de sucre.

Conclusion. — Hyperactivité thyroïdienne liée à une insuffisance hypophysaire.

Traitement. — Nous lui donnons à prendre 0,20 par jour, en cachets d'extrait hypophysaire.

Résultat. — Nous revoyons notre malade un mois après. A ce moment, nous constatons de suite la repousse des cheveux sur les plaques de pelade.

Quelques mois après, elle revient nous voir complètement guérie.

Ainsi donc, dans cette observation, comme dans la précédente, en l'absence complète de signes cliniques de troubles endocriniens, notre méthode expérimentale nous a donné, dans les deux cas, un résultat en faveur d'un état hyperthyroïdien.

Un traitement opothérapique par extrait hypophysaire a amené la guérison complète de ces deux pelades.

Nous ne nous basons donc plus ici, uniquement sur le résultat de l'opothérapie pour conclure à l'origine thyroïdienne de ces deux affections, mais encore et surtout, sur nos tests

expérimentaux, qui constituent pour nous la preuve scientifique de cause à effet.

Alors que, dans les deux cas précédents, nous avons assisté à une pelade d'origine hyperthyroïdienne, nous allons voir, dans l'observation suivante, l'évolution d'une pelade chez un hypothyroïdien.

OBSERVATION 3

Résumé. — Jeune homme de 17 ans, qui présente depuis l'âge de 8 ans une pelade décalvante. Signes cliniques d'hypothyroïdisme. Confirmation par la méthode expérimentale. Traité et guéri par extrait thyroïdien.

Histoire. — M. Georges B..., 17 ans, présente une pelade décalvante, qui remonte à neuf ans. D'après lui, il aurait commencé à perdre ses cheveux à la suite d'une pierre reçue sur la tête, très léger traumatisme cependant, auquel il n'aurait attaché aucune importance si, quelques jours après, il n'avait remarqué la présence d'une petite plaque de pelade au point traumatisé.

A partir de ce moment, il perd petit à petit ses cheveux et, trois mois après, le crâne est complètement dénudé.

Il a essayé à cette époque tous les traitements locaux, mais sans résultat aucun.

Tout dernièrement, les sourcils s'éclaircissent également, les cils tombent complètement ainsi que les poils du creux de l'aisselle et du pubis, et c'est seulement un fois dans cet état, que le malade s'alarme et se décide à venir consulter.

Examen. — Cliniquement, le malade revêt le type de l'hypothyroïdisme. Son aspect est apathique et tranquille, son visage manque d'expression, donne une sensation de tristesse et présente une apparence sénile.

Sa peau est sèche et rugueuse, ses doigts courts et épais; sa glande thyroïde atrophiée.

Aux différentes questions que nous lui posons, il répond avec une extrême lenteur, et si sa sœur ne l'accompagnait pas, nous ne saurions rien de son histoire.

Méthode expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».
Avant l'injection : pouls 64 Mn. 70 Mx. 140. R. O. C. 0.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes,	pouls	64	Mn. 70	Mx.	140
—	20	—		68	— 75	—	140
—	30	—		68	— 75	—	140
—	40	—		68	— 80	—	130
—	50	—		66	— 80	—	135
—	60	—		66	— 75	—	135

Le R. O. C., recherché une fois dans le courant de cette épreuve, ou plus exactement à la 30e minute, nous le montre inversé, c'est-à-dire que, neutre qu'il était au début de cette épreuve, la compression binoculaire l'exagère légèrement en donnant une accélération de six pulsations par minute.

D'autre part, le pouls s'accélère un peu.

La tension Mn. s'élève, la tension Mx. subit peu de modifications.

Le « signe de la thyroïde » est donc inversé : il vient nous confirmer les données de la clinique, en nous donnant un résultat en faveur de l'hypothyroïdisme.

« Signe de l'hypophyse ».

Les modifications à la suite d'une injection d'extrait hypophysaire sont peu importantes, cependant une légère accélération du pouls vient encore conclure en faveur de l'hypothyroïdisme.

Traitement. — Nous lui donnons à prendre par jour 0,05 d'extrait thyroïdien.

Résultat. — Exactement un mois après, le malade nous écrit que partout les cheveux repoussent et, au bout de trois mois, c'est-à-dire après quatre mois de traitement, non seulement les cheveux sont partout repoussés, mais encore les cils ; en plus le creux de l'aisselle et le pubis sont recouverts de poils.

OBSERVATION 4

Résumé. — Pelade chez une jeune fille de 28 ans. « Signe de la thyroïde » négatif. Epreuve à l'adrénaline positive. Signe de l'hypophyse négatif. L'étude du fonctionnement du système organo-végétatif montre une hyperexcitabilité sympathique. Traitée et guérie par l'hématoéthyroïdine.

Histoire et examen. — M^lle Elise G..., âgée de 28 ans, vient nous consulter le 20 mai 1924 pour une pelade du cuir chevelu.

L'interrogatoire au sujet de ses antécédents héréditaires ne fournit aucun renseignement intéressant et elle-même fut toujours très bien portante jusqu'en avril 1915.

A ce moment, elle éprouve une forte émotion à la suite du décès d'un de ses proches. Depuis ce jour, elle change de caractère, devient plus irritable, maigrit considérablement, et remarque, quelque temps après, une petite plaque dénudée au niveau du cuir chevelu.

Pour la malade, la relation de cause à effet est évidente.

Un traitement local fait d'abord repousser les cheveux mais, six mois après, une nouvelle plaque apparaît, puis disparaît à nouveau, sous l'effet du même traitement.

La malade se croit alors complètement guérie, jusqu'à la fin de 1923, époque à laquelle les cheveux recommencent à tomber de plus en plus, jusqu'à présenter l'aspect actuel, c'est-à-dire une large surface dénudée occupant toute la région occipitale et les deux pariétaux.

Inutile de dire que cette fois le traitement local n'a aucun succès.

Malade nerveuse. Aucun signe clinique de trouble endocrinien.

a) Système endocrinien

Manœuvre expérimentale. — « Tests de la thyroïde ».

« Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection: pouls 74 Mn. 80 Mx. 120. R. O. C. — 10.

Après l'injection :

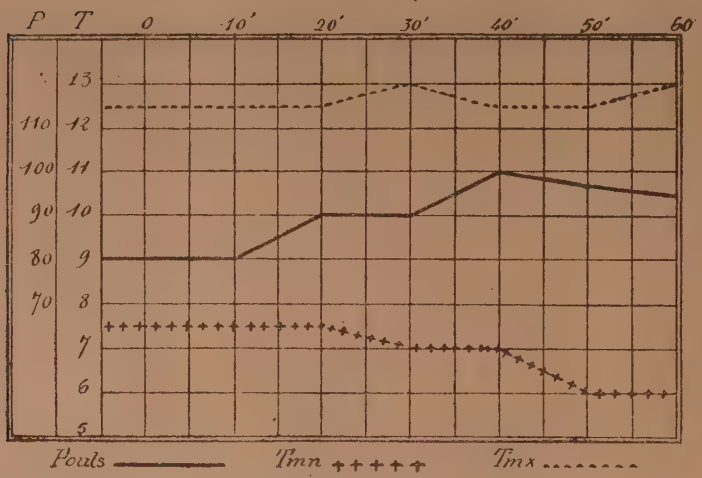
Au bout de	10	minutes, pouls	72	Mn.	80	Mx. 120
—	20	—	72	—	75	— 120
—	30	—	74	—	75	— 115
—	40	—	68	—	75	— 120
—	50	—	68	—	75	— 120
—	60	—	72	—	75	— 120

Donc « signe de la thyroïde négatif.

« Épreuve à l'adrénaline ».
Avant l'injection : pouls 80 Mn. 75 Mx. 125.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	80	Mn.	75	Mx. 125
—	20	—	90	—	75	— 125
—	30	—	90	—	70	— 130
—	40	—	100	—	70	— 125
—	50	—	96	—	60	— 125
—	60	—	94	—	60	— 130



Donc épreuve à l'adrénaline positive.

« Signe de l'hypophyse ».

Avant l'injection: pouls 82 Mn. 80 Mx. 125.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	82	Mn. 85	Mx. 130
—	20	—		88	— 85	— 125
—	30	—		93	— 85	— 125
—	40	—		80	— 80	— 125
—	50	—		80	— 80	— 125
—	60	—		82	— 80	— 125

Aucune réaction appréciable à l'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, si ce n'est une légère accélération du pouls, ce qui serait encore en faveur d'un état normal.

« Signe de l'hypophyse », par conséquent négatif.

b) Système vago-sympathique

Epreuve à la pilocarpine.

Avant l'injection: pouls 76 Mn. 80 Mx. 120. R. O. C. — 8.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	76	Mn. 65	Mx. 125
—	20	—		70	— 75	— 120
—	30	—		72	— 75	— 120
—	40	—		76	— 75	— 115
—	50	—		76	— 75	— 120
—	60	—		76	— 75	— 125

L'injection de un demi-centigramme de pilocarpine détermine quelques troubles fonctionnels consistant en salivation, un peu de sudation et de rougeur de la peau, mais aucune réaction cardio-vasculaire appréciable.

Epreuve à l'atropine: nous avons voulu contrôler l'épreuve précédente par celle du milligramme d'atropine.

Avant l'injection : pouls 70 Mn. 85 Mx. 120.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes,	pouls	64	Mn. 75	Mx. 115
—	20	—		78	— 80	— 115
—	30	—		78	— 80	— 120
—	40	—		78	— 80	— 120
—	50	—		76	— 85	— 120
—	60	—		76	— 85	— 120

Comme nous le voyons, l'injection de un milligramme d'atropine exagère d'abord l'excitabilité du vague pour la diminuer ensuite : en effet, le pouls, de 70 tombe à 64 au bout de dix minutes, pour remonter ensuite à 78 dix minutes après.

Les réactions cardio-vasculaires sont très peu accusées et l'épreuve à l'atropine nous donne en somme un résultat, en faveur d'un état neutre ou sympathicotonique.

Pour essayer de vérifier cette hypothèse, nous avons recouru à l'épreuve de la « glycosurie adrénalinique ».

L'ingestion de 100 gr. de sucre, pris dans 300 gr. d'eau et suivie de l'injection de un milligramme d'adrénaline, nous montre la présence du sucre dans les urines recueillies une heure après l'épreuve : donc sympathique hyperexcitable.

En plus de la glycosurie, nous avons recherché, pendant l'heure qui suivit l'injection d'adrénaline, les réactions cardio-vasculaires. En voici les résultats :

Avant l'injection : pouls 84 Mn. 75 Mx. 125.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes,	pouls	88	Mn. 75	Mx. 125
—	20	—		90	— 75	— 130
—	30	—		98	— 75	— 130
—	40	—		102	— 75	— 130
—	50	—		102	— 75	— 130
—	60	—		98	— 75	— 125

En somme, les résultats de notre manœuvre expérimentale sont les suivants :

Tests de la thyroïde: signe de la thyroïde, négatif; signe de l'hypophyse, négatif; épreuve à l'adrénaline, positive.

Système vago-sympathique: épreuve à la pilocarpine, négative; épreuve à l'atropine, négative; épreuve de la glycosurie adrénalinique, positive.

Conclusion. — Hyperexcitabilité sympathique.

Traitement. — Nous prescrivons à notre malade l'hématoéthyroïdine.

Résultats. — Après trois semaines de traitement, les cheveux repoussent sur toutes les parties glabres et, au bout de deux mois, les plaques peladiques sont partout recouvertes de petits cheveux.

Ainsi donc, dans le cas précédent, la pelade paraît surtout être due à un déséquilibre vago-sympathique.

Etant donné d'une part le résultat positif de l'épreuve de Gœtsch, et connaissant d'autre part l'action qu'exerce la thyroïde sur le fonctionnement du système organo-végétatif, il nuos est permis de penser que cette hyperexcitabilité sympathique est bien due à une sécrétion exagérée de la thyroïde, sécrétion qui s'est trouvée régularisée par l'emploi de l'hématoéthyroïdine.

Résultats négatifs

Les cas qui vont suivre sont ceux concernant des malades, chez lesquels nos différentes épreuves glandulaires sont restées sans réaction. Il nous a par conséquent été impossible de déceler un trouble endocrinien quelconque; un traitement opothérapique essayé chez ces malades, par acquit de conscience et aussi pour essayer de justifier la valeur de ces épreuves glandulaires, n'a aucun succès.

OBSERVATION 5

Elle concerne le cas d'une jeune femme de 35 ans, qui, toujours bien portante, remarqua, un matin en se coiffant, une petite plaque dénudée de la grosseur d'une pièce de 50 centimes environ. D'après elle, cette plaque de pelade serait due à un léger choc qu'elle aurait éprouvée quelques jours plus tôt, au niveau du cuir chevelu. Quoi qu'il en soit, depuis ce jour, la plaque s'étend de plus en plus et se développe jusqu'à présenter l'aspect actuel.

L'examen montre, sur le pariétal droit, une zone complètement dénudée, du diamètre d'une paume de main.

Les dents sont en très bon état; d'ailleurs la malade n'en a jamais souffert et l'état général est parfait.

Les règles sont régulières mais peu abondantes. En somme, aucune cause de quelque valeur susceptible d'éclairer notre diagnostic étiologique.

Manœuvre expérimentale. — Le « signe de la thyroïde » et l'épreuve à l'adrénaline sont négatifs. Nous n'obtenons aucune réaction appréciable, soit du côté du pouls, soit du côté des tensions.

Nous avons pu, chez cette malade, rechercher l'état de son équilibre vago-sympathique, ou plutôt celui de son para-sympathique; dans ce but, nous avons pratiqué l'injection d'un produit à prédominance para-sympathique.

La pilocarpine. — Nous l'avons employée suivant la recommandation de MM. J. Parisot et Richard, à la dose de un demi-centigramme.

Avant l'injection: pouls 78 Mn. 70 Mx. 110. R. O. C. — 4.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes, pouls	80	Mn. 70	Mx.	110
—	20	—	78	— 65	—	110
—	30	—	78	— 65	—	110
—	40	—	80	— 70	—	110
—	50	—	80	— 70	—	110
—	60	—	80	— 70	—	110

Donc, aucune réaction appréciable à l'injection de pilocarpine.

La malade désirant quitter le service, nous avons dû nous contenter, en l'absence de tout résultat, d'un traitement empirique par l'opothérapie.

Or, les divers extraits prescrits n'on eu aucun effet.

OBSERVATION 6

M. G..., 35 ans. A l'interrogatoire de ses antécédents héréditaires et personnels, aucun renseignement important à noter. Il a présenté une première fois, en 1910, une plaque de pelade, qui disparut complètement à la suite d'une traitement local.

En 1916, de larges plaques apparaissent de nouveau; cette fois le traitement local n'en a pas raison.

A l'heure actuelle, il présente de larges bandes glabres, à contours irréguliers, particulièrement localisés au niveau des pariétaux et de l'occiput.

Homme bien portant et bien constitué. Wassermann négatif. Dentition en bon état.

Méthode expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection: pouls 57 Mn. 80 Mx. 115.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	57	Mn. 80	Mx. 115
—	20	—		52	— 90	— 120
—	30	—		51	— 95	— 110
—	40	—		52	— 90	— 115
—	50	—		52	— 85	— 110
—	60	—		55	— 80	— 110

Donc, « signe de la thyroïde » négatif: le pouls varie peu, les tensions restent les mêmes.

L'épreuve à l'adrénaline de Gœtsch, pratiquée quelques jours après, vient nous confirmer les données du « signe de la thyroïde », à savoir que l'injection d'un demi-milligramme d'adrénaline n'amène chez notre sujet aucune réaction appréciable.

Avant l'injection : pouls 60 Mn. 80 Mx. 125.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes,	pouls	60 Mn.	80 Mx.	120
—	20	—		62 —	80 —	125
—	30	—		64 —	75 —	125
—	40	—		60 —	75 —	120
—	50	—		60 —	80 —	120
—	60	—		60 —	80 —	125

Nous avons essayé ensuite d'apprécier l'état de son système vago-sympathique.

Nitrite d'amyle (produit à prédominance sympathique).
Avant l'inhalation : pouls 52 Mn. 80 Mx. 120.

Après l'inhalation :

Au bout de	2	minutes,	pouls	56 Mn.	85 Mx.	125
—	4	—		54 —	90 —	120
—	6	—		54 —	90 —	120
—	8	—		52 —	80 —	120

Pilocarpine (produit à prédominance para-sympathique).
Avant l'injection : pouls 57 Mn. 80 Mx. 105.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes,	pouls	56 Mn.	80 Mx.	105
—	20	—		57 —	75 —	110
—	30	—		50 —	75 —	120
—	40	—		54 —	80 —	115
—	50	—		54 —	80 —	115
—	60	—		56 —	80 —	100

Résultats. — Les résultats de ces différentes épreuves glandulaires sont tout à fait nuls.

Traitement et conclusion. — A noter que, chez notre malade, nous avons malgré tout essayé un traitement opothérapique ; nous lui avons prescrit, et d'une façon tout à fait empirique, de l'extrait

thyroïdien puis, quelque temps après, de l'extrait hypophysaire; aucun de ces deux traitements n'a amené d'amélioration dans l'état de la pelade.

La cause ici encore nous échappe; ce qui nous semble devoir être retenu, c'est que là où les tests glandulaires n'ont rien donné, le traitement opothérapique, essayé empiriquement, n'a eu aucun effet.

CONCLUSIONS CONCERNANT LES PELADES

En somme, des six cas de pelade que nous avons étudiés et soumis à notre méthode expérimentale :

a) Trois (observations 1, 2, 3) nous ont paru être d'origine hypothyroïdienne. Dans l'observation 3, le sympathique, dont l'hyperexcitabliité nous a été révélée par l'épreuve de la glycosurie adrénalique, a bien paru jouer le rôle d'intermédiaire.

b) Un au contraire (observation 4), d'origine hypothyroïdienne.

c) Enfin, dans les deux derniers cas, il nous a été impossible de déceler un trouble endocrinien ou vago-sympathique quelconque.

CHAPITRE VII

ICHTYOSE ET TROUBLES ENDOCRINIENS

SOMMAIRE

Ichtyose et dysfonctionnement thyroïdien (Moore et Warfield, 146). — Hypothyroïdie et ichtyose (Vincent, 205). — Myxœdème et ichtyose (Mouriquand, 151). — Golay.

Observations :

« Signe de la thyroïde » négatif. — « Signe de Gœtsche » positif. — Traitement sans aucune amélioration par extrait hypophysaire.

ICHTYOSE ET TROUBLES ENDOCRINIENS

L'ichtyose vulgaire est une dystrophie cutanée héréditaire et familiale, qui débute dans la règle du deuxième au vingt-quatrième mois de la vie extra-utérine et se prolonge pendant toute l'existence.

Il faut bien avouer que l'on ne sait rien de précis sur son étiologie.

Disons seulement quelques mots des travaux qui nous intéressent particulièrement, de ceux qui ont donné à l'ichtyose une origine endocrinienne.

Moore et Warfield (146) et d'autres pensent que le dysfonctionnement thyroïdien doit être rendu responsable des lésions ichtyosiques.

En Francee, Vincent (205) s'est fait l'ardent défenseur de la théorie thyroïdienne. Cet auteur fait remarquer que l'ichtyose est souvent accompagné de symptômes d'hypothyroïdie, dont la débilité mentale et l'hypothermie sont les plus importants.

Mouriquand (151) et d'autres ont vu chez le même malade la coïncidence du myxœdème et des lésions ichtyosiques.

Vincent, Fox, Malcolm Morris, ont observé des cas de guérison, ou de notable amélioration de la maladie sous l'influence de la médication thyroïdienne.

Golay améliore un ichtyosique de 70 ans par l'administra-

tion journalière de deux pastilles de glande thyroïde desséchée.

Toutes ces constatations doivent donc tendre à admettre que l'ichtyose n'est pas une malformation cutanée, mais selon toute probabilité un trouble trophique provoqué par le dysfonctionnement thyroïdien.

La kératose pilaire, qui, d'après certains, n'est peut-être qu'une forme de l'ichtyose, relèverait, d'après eux, d'une pathogénie semblable.

Le seul cas qu'il nous ait été donné d'étudier est celui d'une femme de 30 ans, qui présente depuis sa naissance une ichtyose généralisée. La peau est partout farineuse, râpeuse, particulièrement au niveau des bras et du dos.

La face et la région cervicale sont cependant indemnes, mais ce n'est pas pour son ichtyose, qu'elle a toujours présenté, que la malade vient nous consulter, mais pour des poussées érythémateuses qui, depuis cinq semaines, surviennent brusquement sans aucune cause appréciable, sous forme de traînées, apparaissant en particulier au niveau de la face et du cou, c'est-à-dire aux seules régions où la peau est intacte.

La malade est sujette en outre à des poussées urticariennes survenant à intervalles tout à fait réguliers.

L'examen montre un corps thyroïde augmenté de volume; un dermographisme très accentué; pas de tremblement, pas d'éclat des yeux.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».
Avant l'injection: pouls 88 Mn. 70 Mx. 135. R. O. C. — 6.

Après l'injection:

Au bout de 10 minutes,	pouls	88	Mn. 75	Mx. 135
— 20 —		88	— 75	— 135
— 30 —		88	— 70	— 130
— 40 —		84	— 70	— 130
— 50 —		84	— 70	— 135
— 60 —		88	— 70	— 135

Aucune modification cardio-vasculaire appréciable. Donc « signe de la thyroïde » négatif.

Epreuve à l'adrénaline.

Avant l'injection: pouls 90 Mn. 70 Mx. 125.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	102	Mn. 65	Mx.	135
—	20	—		102	— 65	—	135
—	30	—		104	— 70	—	135
—	40	—		108	— 75	—	135
—	50	—		108	— 75	—	135
—	60	—		100	— 70	—	130

Outre l'accélération du pouls et la hausse de la tension, nous notons quelques palpitations et une légère pâleur des téguments. Donc « signe de Gœtsch » positif.

La malade désirant quitter le service, nous n'avons pas pu continuer nos épreuves et, étant donné ce signe de Gœtsch positif, nous lui vaons prescrit de l'extrait hypophysaire par voie buccale.

Résultat. — Après deux mois de traitement, aucune modification ne s'était produite. Nous dûmes nous contenter alors d'un traitement local.

CHAPITRE VIII

PRURIGOS ET TROUBLES ENDOCRINIENS

SOMMAIRE

Origine nerveuse du prurigo (Cazenave - Jacquet). — Prurigo et glandes à sécrétion interne.

Résultat positif :

Prurigo et hyperthyroïdie (Obs. 1).

Résultat négatif (Obs. 2).

PRURIGOS ET TROUBLES ENDOCRINIENS

Darier désigne sous le nom de prurigos cette catégorie de prurits dans lesquels la démangeaison qui est le phénomène primitif, s'accompagne, sous l'influence des grattages, de réactions cutanéese spéciales, lichémisation et papules de prurigo.

Cazenave et Cannet avaient déjà admis la nature nerveuse du prurigo et le rôle du prurit dans l'apparition des papules.

Jacquet (106), dans une série de travaux, remit en vogue ces vieilles théories. D'après lui, le prurit n'est que l'exagération des sensations cutanées élémentaires ou sensations endermiques qui émanent des fibres senstitives du nerf grand sympathique.

Dans certains cas, le dysfonctionnement du sympathique qui provoque la démangeaison est lui-même sous la dépendance de troubles sécrétoires des glandes endocrines. On sait que le prurit est une manifestation cutanée fréquente de la maladie de Basedow et qu'il peut accompagner l'hypofonctionnement thyroïdien. On le rencontre également dans les affections de la glande surrénale et il se manifeste assez souvent pendant la grossesse.

Il a paru donc probable que les glandes à sécrétion pouvaient, par l'intermédiaire du système sympathique, jouer un rôle dans la production du syndrome prurit et, par suite, des

lésions de grattage, déterminer peut-être les papules qui caractérisent le prurigo.

Dans d'autres cas, certains malades, au lieu de réagir par des papules, réagiront par de la lichénification ou de l'eczématisation.

OBSERVATION 1

Résumé. — Prurigo de Hebra, chez une jeune fille de 15 ans, apparaissaant d'abord subitement et de temps en temps à la suite d'une émotion ou d'une discussion quelconque, il s'installe définitivement. Quelques signes cliniques de basedowisme. Réaction très légère aux tests de la thyroïde. Traité par l'hématoéthyroïdine, le prurigo disparaît.

Histoire. — M^lle M... a contracté une diphtérie à l'âge de 2 ans. A ce moment, elle a présenté sur les mains, les bras et les jambes, des lésions suintantes et croûteuses qui persistèrent jusqu'en 1914 et qui disparurent seulement du jour où la malade fut traitée par des injections de sang (autohémothérapie).

Il y a deux ans, c'est-à-dire en 1921, au moment où la malade commença à voir ses règles, de petits lésions vésiculeuses apparurent sur la face dorsale des mains. D'abord irrégulières et normales, les règles deviennent irrégulières et très douloureuses.

Examen. — Au niveau de la face dorsale des mains et des bras, la peau est couverte d'excoriations, de croûtes et d'eczématisations. Elle est légèrement épaissie et laisse voir quelques petites papules, du volume d'un grain de millet environ, disséminées çà et là. La peau est saine partout ailleurs, mais un prurit incessant tourmente notre malade. Tous les traitements locaux et généraux, agissant, soit par choc, soit par désensibilisation (autohémothérapie, injections d'hyposulfite de soude, ingestion de peptones), échouent complètement.

Nous étudions alors notre malade au point de vue endocrinien.

Manœuvre expérimentale. — Signes cliniques: corps thyroïde

légèrement augmenté de volume. Un peu d'éclat dans les yeux. Palpitations, survenant surtout à l'effort. Pas de tremblement.

« Signe de la thyroïde ».
Avant l'injection : pouls 76 Mn. 85 Mx. 110. R. O. C. — 4.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes,	pouls	66 Mn.	85 Mx.	110
—	20	—		66 —	80 —	105
—	30	—		68 —	80 —	105
—	40	—		64 —	80 —	105
—	50	—		68 —	80 —	110
—	60	—		72 —	80 —	110

« Signe de la thyroïde » légèrement positif ; ralentissement du pouls de 10 à 12 pulsation ; baisse très légère des deux tensions.

« Signe de Gœtsch ».
Avant l'injection : pouls 80 Mn. 80 Mx. 115. R. O. C. — 8.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes,	pouls	90 Mn.	75 Mx.	110
—	20	—		90 —	80 —	110
—	30	—		96 —	80 —	115
—	40	—		96 —	80 —	115
—	50	—		80 —	80 —	110
—	60	—		80 —	80 —	110

L'injection d'une demi-milligramme d'adrénaline nous donne également une réaction très faiblement positive en faveur d'un état thyroïdien.

Il ne nous a pas été possible d'explorer l'état de son système végétatif, la malade s'y refusant et désirant quitter le service.

Traitement. — Nous lui prescrivons de l'hématoéthyroïdine.

Résultat. — La malade revient nous voir quelques mois après. Pendant toute la durée du traitement (trois semaines), ou plutôt du jour où elle le commença, toutes les lésions papuleuses ou

eczématiformes disparurent complètement et brusquement. S'estimant à jamais guérie, la malade cesse le traitement; quelques semaines après, le prurigo réapparaît puis disparaît une fois encore et d'une façon définitive, sous l'effet de l'hématoéthyroïdine.

OBSERVATION 2

Résumé. — Jeune fille de 21 ans qui, depuis trois ans, présente des papules de prurigo, localisées au niveau des bras. Aucun résultat par les traitements locaux. « Signe de la thyroïde » négatif. Tout en faisant nos épreuves glandulaires, nous la traitons par des injections de sang. Guérison totale après la deuxième injection de sang.

Examen. — M^lle^ Hélène T... est âgée de 21 ans et travaille comme femme de ménage.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel à noter. Réglée à 14 ans. Règles très abondantes, douloureuses, durant huit jours et revenant toutes les trois semaines environ.

Depuis trois ans, elle présente, au niveau de la face antérieure des bras, de la région cervicale, sur la jambe droite, des petites lésions papuleuses, toutes très prurigineuses les unes isolées, les autres confluentes.

D'après la malade, les démangeaisons sont généralement intenses, mais plus ou moins cependant suivant les jours. Elles apparaissent à leur maximum les premiers jours de la menstruation.

En outre, depuis longtemps, elle suit un régime sévère; elle ne peut manger ni graisses, ni poissons, ni charcuterie, sans aussitôt présenter une poussée urticarienne intense.

Enfin, elle ne présente aucun signe clinique de troubles endocriniens.

Nous recherchons sur elle le « signe de la thyroïde ».

Avant l'injection: pouls 100 Mn. 65 Mx. 120. R. O. C. — 4.

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	100	Mn.	65	Mx. 120
—	20	—	100	—	65	— 120
—	30	—	92	—	65	— 115
—	40	—	92	—	65	— 115
—	50	—	94	—	65	— 115
—	60	—	96	—	65	— 120

L'extrait thyroïdien injecté ne détermine d'une part aucune modification des tensions ; d'autre part, le léger ralentissement n'a aucune valeur.

Enfin, le réflexe oculo-cardiaque inversé avant l'épreuve et recherché une fois dans le courant de l'épreuve reste inversé.

Epreuve à l'adrénaline.

Avant l'injection : pouls 104 Mn. 80 Mx. 120

Après l'injection :

Au bout de	10	minutes, pouls	104	Mn.	80	Mx. 120
—	20	—	104	—	80	— 115
—	30	—	104	—	80	— 115
—	40	—	108	—	75	— 120
—	50	—	108	—	75	— 120
—	60	—	108	—	80	— 120

Pas de modification appréciable ici encore, après l'injection d'adrénaline. Donc « signe de Gœtsch » négatif.

Etant donnée chez notre malade, la tachycardie habituelle, l'inversement du réflexe oculo-cardiaque, le dermographisme très net, il aurait été plein d'intérêt ici, de rechercher plutôt l'état de son système végétatif.

Le résultat de l'autohémothérapie ne nous en a malheureusement pas laissé le temps.

En effet, après la deuxième injection de sang, la malade, complètement débarrasée de son prurigo, et n'éprouvant plus aucune démangeaison depuis le soir même de la première injection, quitte brusquement l'hôpital.

CONCLUSION CONCERNANT LES PRURIGOS

Des deux cas de prurigos que nous avons étudiés, un nous a paru reconnaître une origine thyroïdienne d'autant plus probable que :

1° Cliniquement, la malade présentait déjà quelques signes de basedowisme ;

2° Que ces signes cliniques furent confirmés par les tests de la thyroïde ;

3° Enfin, que la guérison survint par un traitement à l'hématoéthyroïdie.

CHAPITRE IX

PIGMENTATIONS ET TROUBLES ENDOCRINIENS

SOMMAIRE

Mélanodermie et dysfonctionnement thyroïdien (Sezary).

Observations : Aucune réaction aux tests glandulaires et résultat nul par l'opothérapie.

PIGMENTATIONS
ET TROUCLES ENDOCRINIENS

Nous ne parlerons ici qui du trouble pigmentaire dû à une augmentation du pigment mélanique, comme il nous a été donné d'en observer un cas chez une de nos malades.

Comme nous l'avons dit déjà dans notre introduction, Sézary (18), dans un article récent, a démontré qu'il n'est pas exact, comme certains auteurs ont pu le faire, d'attribuer au système sympathique un rôle direct dans les phénomènes de pigmentation. La mélanodermie est toujours provoquée par un dysfonctionnement endocrinien souvent surrénal, quelquefois thyroïdien ou génital.

Nous avons eu justement l'occasion d'observer un cas de pigmentation anormale chez une malade qui présentait cliniquement quelques signes de basedowisme.

Cette observation concerne une femme de 35 ans, qui, depuis 1911, présente une pigmentation brune au niveau des régions mentonnière et nasale. Partout les téguments, ainsi que les muqueuses, présentent leur coloration normale.

Depuis ce temps, la malade maigrit beaucoup, présente de l'asthénie et des troubles digestifs caractérisés par de l'anorexie, des nausées et des spasmes gastriques, l'obligeant parfois à s'aliter.

Elle fait remonter le début de tous ces troubles à une forte émotion, qu'elle éprouva pendant la guerre, à l'occasion du décès d'un de ses proches.

Outre cette pigmentation anormale, la malade présente un corps thyroïd augmenté de volume, un peu d'éclat des yeux et des tremblements des doigts.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection: pouls 84 Mn. 85 Mx. 135. R. O. C. 0.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	80 Mn.	85 Mx.	125
—	20	—		72 —	75 —	125
—	30	—		72 —	75 —	120
—	40	—		66 —	80 —	115
—	50	—		66 —	85 —	110
—	60	—		66 —	85 —	110

« Signe de la thyroïde » positif, avec ralentissement du pouls, baisse des deux tensions et en plus un réflexe oculo-cardiaque qui, neutre déjà au début, le reste durant toute l'épreuve.

Epreuve à l'adrénaline.

Avant l'injection: pouls 80 Mn. 80 Mx. 125. R. O. C. 0.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	poulls	88 Mn.	75 Mx.	125
—	20	—		86 —	75 —	120
—	30	—		84 —	75 —	125
—	40	—		80 —	65 —	120
—	50	—		80 —	65 —	120
—	60	—		80 —	65 —	120

Outre ces légères modifications cardio-vasculaires, nous notons chez notre malade, durant l'épreuve, quelques signes fonctionnels, caractérisés par des palpitations et de la pâleur de la face.

Epreuve de Gœtsch faiblement positive.

Enfin, l'épreuve de la glycosurie adrénalique nous donne un résultat en faveur d'un hyperxitabilité sympathique.

Traitement et résultat. — Après deux mois de traitement par l'hématoéthyroïdine, l'état général s'était considérablement amélioré, mais aucun changement ne s'était produit dans sa pigmentation.

CHAPITRE X

VITILIGO ET TROUBLES ENDOCRINIENS

SOMMAIRE

Rapport du vitiligo et du système sympathico-endocrinien. — Coexistense fréquente du vitiligo et des troubles de sécrétion interne. — Seul cas observé par nous : aucune réaction aux épreuves glandulaires. — Traitement opothérapique « essayé » sans résultat aucun.

VITILIGO ET TROUBLES ENDOCRINIENS

C'eset une dystrophie pigmentaire caractérisée avant tout par la présence de taches claires, achromiques, plus ou moins nombreuses, à contours plus ou moins réguliers et fréquemment entourées d'une zone d'hyperpigmentation.

Une notion paraît, à l'heure actuelle, dominer le chapitre jadis confus de l'étiologie du vitiligo, ce sont ses rapports avec le système sympathico-endocrinien.

De nombreux auteurs ont eu, en effet, l'occasion de constater souvent la coexistence du vitiligo avec les troubles de sécrétion internes (maladie de Basedow, mélanodermie addisonnienne, insuffisance thyroïdienne ou pancréatique, etc.).

Certains ont pu obtenir des améliorations par l'administration d'un extrait glandulaire. Une chose importante a été notée: le vitiligo s'installe plus souvent et plus facilement chez les sujets surpigmentés, autrement dit, chez les individus dont le sympathique et les glandes à sécrétion interne offrent déjà un fonctionnement quelque peu anormal.

Catanzaro (33) le considère comme la manifestation d'un trouble sympathique et endcorinien.

Le vitiligo a aussi été vu accompagnant des affections orga-

(1) LINDBERG: Quelques considérations sur le vitiligo (Presse médicale, 28 février 1923).

niques du système nerveux, et l'on a dû admettre que ces dernières étaient surtout dues à des troubles du système organo-végétatif, ces perturbations pouvant être sous la dépendance d'une infection ou d'une intoxication.

On a signalé également les rapports du vitiligo et de la pelade. Enfin, pour certains, le vitiligo serait un trouble sympathique pur ; pour d'autres, comme Blum et Benda, la théorie sympathico-endocrinienne serait plus séduisante.

A propos des relations entre le vitiligo et les sécrétions internes, question étudiée surtout par Jayle et Aubry, Gersella a récemment publié un cas assez suggestif : il s'agit d'une femme de 42 ans, présentant des troubles menstruels graves, une hypoplasie des organes génitaux interns et du vitiligo qui apparut quelques années après le début des troubles menstruels. L'examen ne révéla pas d'autres facteurs pouvant être mis en relation avec le vitiligo. Sous l'influence d'un traitement opothérapique prolongé pendant plus d'un an (d'abord surrénal et surtout ovarien), les troubles menstruels ont cessé graduellement et le vitiligo a presque complètement disparu.

Il est donc séduisant pour certains, d'admettre des troubles endocrino-sympathiques à l'origine du vitiligo, et c'est ce rapport que nous avons voulu essayer de vérifier par des moyens un peu plus scientifiques.

Un seul cas s'est présenté à nous, un seul tout au moins qui ait bien voulu prolonger son séjour à l'hôpital et se prêter à nos différents tests.

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, toujours bien portante et qui présente du vitiligo depuis sa puberté.

Sa mère est bien portante ; son père est asthmatique et elle a

une sœur de 17 ans qui, depuis son enfance, présente une kératose pilaire généralisée.

A l'âge de 12 ans, c'est-à-dire au moment de ses premières règles, une petite tache blanchâtre de vitiligo, de la grosseur d'une pièce de 50 centimes, apparut au niveau de la région sous-maxillaire droite, puis deux autres ne tardèrent pas à se montrer à gauche et au niveau des doigts.

Petit à petit, ces taches blanches envahirent tous les téguments et la malade se décolora ainsi progressivement.

L'examen actuel montre encore quelques petites taches brunâtres de peau saine, au niveau des régions cervicale, médio-thoracique, épigastrique, quelques placards aussi au niveau des bras et des jambes.

Comme nous le disions un peu plus haut, notre malade est aussi bien portante que possible; elle est réglée régulièrement et normalement; son Wassermann est négatif et elle ne présente cliniquement aucun signe de troubles endocriniens.

Nous pratiquons chez elle les différents tests de la thyroïde: le « signe de la thyroïde » et l'épreuve à l'adrénaline sont négatifs; l'injection d'extrait thyroïdien ou d'adrénaline n'amènent aucune modification appréciable du pouls ou des tensions.

Le fonctionnement hypophysaire se montre normal.

En somme, aucune réaction à nos différentes épreuves, et les différents traitements opothérapiques que nous essayons par tâtonnement, restent sans résultat.

CHAPITRE XI

ERYTHÈMES ET TROUBLES ENDOCRINIENS

SOMMAIRE

Quelques mots d'étiologie sur les érythèmes.

Observation :

Erythème bulleux et hyperthyroïdie.

ERYTHÈMES ET TROUBLES ENDOCRINIENS

On sait qu'ils se montrent sous des aspects très variés et qu'il est très difficile d'avoir sur ses formes éruptives une idée d'ensemble bien précise : « non seulement, la variété des érythèmes défie toute description complète, mais il faudrait des catégories à l'infini si l'on voulait classer tous les faits en série méthodique » (Besnier).

Et cela se conçoit, puisque l'érythème n'est pas une maladie, mais un syndrome.

Il est caractérisé, au point de vue histologique, par de l'hyperémie, soit par une dilatation vasculaire qui s'accompagne le plus souvent d'issue en dehors des vaisseaux de cellules ou de liquide séreux. Cette diapédèse de leucocytes et d'hématies est réduite au minimum et localisée autour des vaisseaux dans l'érythème simple, elle se répand dans les tissus dermiques dans l'érythème papuleux. Lorsque l'hypoderme est intéressé par le processus, l'érythème devient noueux ; enfin, lorsque le liquide fuse à travers les cellules de la couche de Malpighi, la tache érythémateuse se recouvre de vésicules et de bulles.

Les causes des érythèmes sont très nombreuses : irritations externes, excitations sensitives ou sensorielles diverses, in-

fluences psychiques, intoxications alimentaires ou médicamenteuses, toxi-infections.

Enfin, d'après certains auteurs, un trouble endocrinien quelconque pourrait provoquer l'apparition de l'érythème par l'intermédiaire du sympathique.

C'est cette dernière hypothèse que nous avons voulu vérifier dans l'observation suivante :

Résumé. — Jeune fille de 16 ans qui, depuis deux ans, présente sur la face dorsale des mains, au niveau des différentes articulations, un érythème bulleux, apparaissant brutalement en quelques secondes et sans aucune cause appréciable. Aucun signe clinique de troubles endocriniens. « Signe de la thyroïde » positif. Epreuve à la pilocarpine inversée. Hyperexcitabilité sympathique. Traitée par l'hématoéthyroïdine. Amélioration. « Opodiagnostic ».

Histoire. — M^lle^ Henriette P... est âgée de 16 ans et est réglée normalement depuis un an. L'interrogatoire au sujet de ses antécédents héréditaires ne donne aucun renseignement digne d'intérêt, si ce n'est qu'un de ses frères a présenté, il y a un an, une poussée d'érythème noueux.

Quant à notre malade, elle fut toujours bien portante.

Il y a deux ans, sans aucune cause appréciable, et brusquement, elle éprouve au niveau des différentes articulations des doigts, sur la face dorsale de la main, une sensation de brûlure, de picotement, en même temps qu'elle constate la présence d'un placard rouge sur lequel apparaît bientôt une bulle. La lésion évolue très rapidement, apparaît brusquement en quelques minutes, Au bout de vingt-quatre heures, la bulle s'affaisse, se dessèche et ne laisse plus qu'une squame.

Etat actuel. — Main droite : Sur la face dorsale de chaque articulation, on constate de petits placards érythémateux, arrondis, larges comme une pièce de 50 centimes. Sur le petit doigt, l'annulaire et le médius, ces placards sont surmontés d'une bulle

affaissée. Sur l'index et le métacarpien correspondant, une squame consécutive à une bulle. Dans l'espace interdigital du pouce et de l'index, un placard érythémateux urticarien, donnant une sensation de brûlure.

Main gauche: Sur la deuxième articulation métacarpaphalangienne, pendant l'examen, apparaît une tache érythémateuse avec sensation de brûlure. Dans le premier espace interdigital, même lésion érhytémateuse qu'à droit, un peu moins large cependant et centrée par une bulle.

Ces lésions ont des poussées successives d'une durée de huit jours environ, apparaissent au début tous les trois mois, puis petit à petit se faisant plus fréquentes, jusqu'à apparaître, à l'heure actuelle, presque chaque jour.

Depuis le début de son érythème, la malade suit plusieurs traitements, plusieurs régimes; aucun n'amène de résultat même sensible.

Son état général est très bon et elle ne présente cliniquement aucun signe de troubles endocriniens.

Corps thyroïde normal à la palpation. Pas de tremblement. « Signe de Maranon » négatif. Dermographisme net. Pouls rapide à 110.

Manœuvre expérimentale. — « Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection: pouls 110 Mn. 70 Mx. 140. R. O. C. 0.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	98	Mn. 70	Mx. 125
—	20	—		104	— 70	— 125
—	30	—		90	— 70	— 120
—	40	—		88	— 70	— 120
—	50	—		88	— 70	— 120
—	60	—		96	— 70	— 135

L'injection d'extrait thyroïdien donne:
Un ralentissement du pouls de 22 pulsations par minute;
Une baisse de la tension maxima;

Enfin, un réflexe oculo-cardiaque, neutre pendant le courant de l'épreuve comme au début.

Donc « signe de la thyroïde » positif.

Épreuve à la pilocarpine.

Avant l'injection: pouls 96 Mn. 80 Mx. 130. R. O. C. 0.

Après l'injection:

Au bout de	10	minutes,	pouls	104	Mn. 80	Mx. 130
—	20	—		102	— 80	— 130
—	30	—		100	— 90	— 135
—	40	—		100	— 75	— 135
—	50	—		102	— 90	— 130
—	60	—		106	— 90	— 130

Ici la pilocarpine, injectée à la dose de un demi-centigramme, modifie très peu le pouls et donne plutôt une hausse des deux tensions.

Nous trouvons là une nouvelle manifestation de cette propriété des excitants de toute sorte de ne pas spécialiser leur action à un seul des systèmes organo-végétatifs, mais d'emprunter plutôt la voie la plus sensible, la voie sympathique dans le cas présent. L'épreuve suivante va d'ailleurs nous donner une confirmation de l'épreuve à la pilocarpine.

Épreuve au milligramme d'adrénaline.

L'examen des urines, après l'ingestion de 100 gr. de sucre, suivie de l'injection d'un milligramme d'adrénaline, nous montre la présence du sucre, ce qui nous permet de conclure à l'hyperexcitabilité du sympathique.

Traitement. — Nous lui prescrivons l'hématoéthyroïdine.

Résultat. — Après un mois de traitement, la malade revient nous voir; elle a absorbé en tout trois flacons d'hématoéthyroïdine et voici quels en sont les résultats: pas de guérison, mais une amélioration très notable de son état. Son éruption bulleuse, au lieu de tous les jours ou tous les deux jours, comme auparavant,

n'apparaît plus que tous les dix ou douze jours. C'est ainsi que la malade n'a présenté que trois poussées éruptives depuis le début de son traitement.

Il nous a semblé intéressant de recherchr à nouveau, chez notre malade, le « signe de la thyroïde » : en effet, si une sensible amélioration s'était produite dans son état, si son éruption se faisait moins fréquente, c'est que le fonctionnement thyroïdien s'était trouvé régularisé par l'emploi de l'hématoéthyroïdine et, dans ce cas alors, l'injection d'extrait thyroïdien devait nécessairement déterminer des réactions cardio-vasculaires autres que celles obtenues avant le traitement.

C'est ce que nous avons voulu vérifier par ce second test glandulaire.

« Signe de la thyroïde ».

Avant l'injection : pouls 102 Mn. 110 Mx. 140.

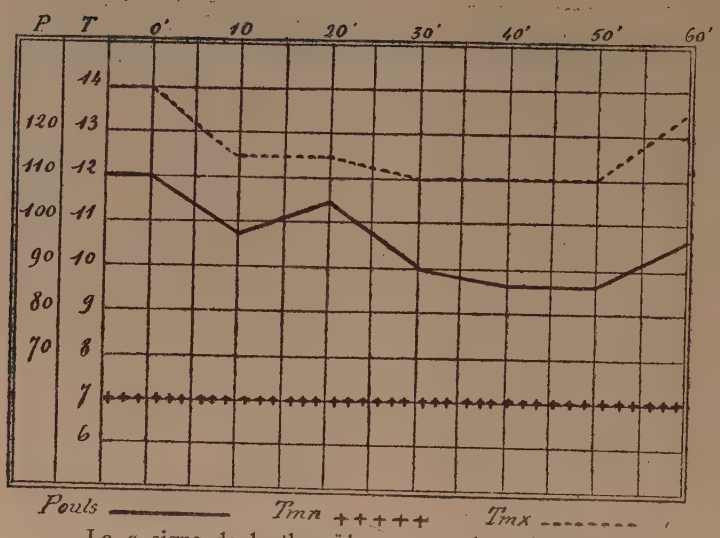
Après l'injection :

Au bout de	10	minutes.	pouls	96	Mn. 110	Mx.	140
—	20	—		92	— 110	—	140
—	30	—		92	— 110	—	135
—	40	—		100	— 100	—	135
—	50	—		98	— 100	—	135
—	60	—		98	— 110	—	140

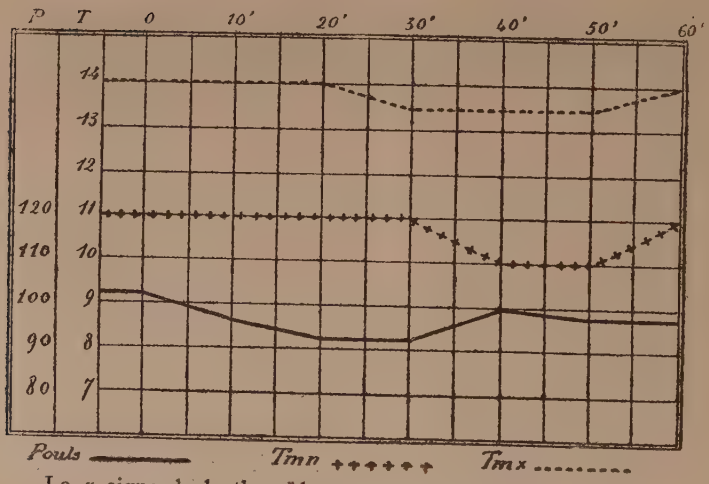
Au lieu du ralentissement de 22 pulsations, nous n'obtenons plus, après un mois de traitement par l'hématoéthyroïdine qu'un ralentissement de 10 pulsations, et une baisse insensible des deux tensions.

Dans le premier cas, nous avons eu la preuve, par la recherche du « signe de la thyroïde », du dysfonctionnement thyroïdien ; dans le second, nous avons celle d'une tendance à une régularisation normale.

Les deux graphiques de la page suivante, d'ailleurs, que nous rapprochons avec intention, nous montreront mieux quelles en ont été les modifications.



Le « signe de la thyroïde » avant le traitement par l'hématoéthyroïdine.



Le « signe de la thyroïde » un mois après le traitement par l'hématoéthyroïdine.

CHAPITRE XII

APERÇU SUR LES RAPPORTS
des troubles endocriniens et des dermatoses

APERÇU SUR LES RAPPORTS

des troubles endocriniens et des dermatoses

1° *Troubles endocriniens et dermatoses.* — Nous avons vu, au début de notre travail, le rôle important que jouent les glandes à sécrétion interne, non pas seulement sur le développement de l'organisme et la croissance en général, mais encore, dans la question qui nous intéresse, sur l'état de la peau et de ses annexes.

Nous avons montré cette relation étroite qui existe entre leur fonctionnement et le maintient de l'état normal de la peau.

Partant de ces notions physiologiques, certains auteurs ont pensé que, du moment que l'état normal du revêtement cutané était sous la dépendance directe du fonctionnement normal des glandes à sécrétion interne, il devait nécessairement résulter dans ce revêtement cutané des altérations diverses, lorsqu'il se produisait un trouble quelconque dans le fonctionnement de ces glandes.

Pour admettre ce rapport, ils se basaient sur les données de l'anatomie pathologique, de la clinique ou de l'empirisme.

D'une part, c'est en découvrant à l'autopsie les altérations des glandes endocrines et en cherchant à établir par l'expérimentation les effets fonctionnels de la suppression de telle

ou telle glande, qu'ont pu être établies ces différentes notions physiopathologiques.

D'autre part, c'est sur l'observation ou l'impression clinique, comme nous l'avons déjà écrit, au début de notre introduction, que certains auteurs se basaient pour instituer un traitement opothérapique. C'est sur le résultat favorable de ce traitement qu'ils se basaient encore pour conclure à l'origine endocrinienne de leur dermatose.

2° *Hypothèses.* — De toutes ces données, l'hypothèse d'une relation étroite entre un trouble endocrinien et une lésion cutanée apparaissait d'une façon très nette, mais ce n'était qu'une hypothèse et il fallait pouvoir la vérifier par une méthode un peu plus scientifique.

3° *Vérification.* — Elle était en effet indispensable, car s'il est vrai, comme nous allons le voir d'après nos résultats personnels, que certaines lésions cutanées peuvent reconnaître comme cause un trouble endocrinien, la majorité a une toute autre origine.

Ce serait sortir du cadre de ce travail que de passer en revue toutes les autres causes susceptibles de leur donner naissanc.

Qu'il nous suffise de dire qu'il est bon de ne pas l'oublier.

Cette vérification devait comporter deux ordres de faits:

a) Découvrir d'abord le dysfonctionnement endocrinien;

b) Traiter ensuite avec résultat notre dermatose par un trai,tement opothérapique approprié.

Tel a été le but de notre travail.

Parmi les cas que nous avons observés nous n'avons retenu

que ceux pour lesquels une seule glande à sécrétion interne, altérée dans son fonctionnement, semblait devoir être incriminée et où nous avons été assez heureux, non seulement de pouvoir déceler son trouble, mais encore d'assister, par un traitement opothérapique approprié, à la guérison de notre lésion cutanée.

Car, en effet, une fois admise, l'hypothèse possible pour notre dermatose d'une origine endocrinienne, une autre difficulté réside dans ces états confus, dans lequel le déséquilibre glandulaire est général et diffus, assez pour que le trouble d'aucune d'elles ne prédomine et n'imprime sa marque à l'évolution du syndrome: tels sont les troubles si variés et si complexes de la nutrition de la peau et de ses annexes, le poil et le cheveu, où peuvent collaborer la thyroïde, l'hypophyse, les surrénales et les glandes génitales.

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'on ne pourra, en pareil cas, aboutir à un résultat qu'à la condition de procéder à un examen complet et méthodique.

En somme, les quelques résultats que nous avons obtenus peuvent ainsi se schématiser.

Dermatoses	Nombre de cas observés	Cas à tests endocriniens positifs et guéris par le traitement spécifique			
		Nature du trouble endocrinien			
		Hyperthyr.	Hypothyr.	Insuf. ovarie.	Insuf. Hypophys.
Psoriasis	8	2	»	»	»
Eczémas	7	1	»	1	2
Pelades.	6	3	1	»	»
Ichtyose	1	»	»	»	»
Prurigos	2	1	»	»	»
Pigmentation . .	1	»	»	»	»
Vitiligo.	1	»	»	»	»
Erythème bulleux.	1	1 (Not. amél.)	»	»	»

Nous pouvons donc, d'après ces résultats positifs, établir une relation entre les troubles endocriniens et les dermatoses.

Qu'elle était la nature de ces troubles dans les différentes dermatoses que nous avons étudiées?

Nous avons vu évoluer des eczémas, tantôt au cours d'une insuffisance hypophysaire (Obs. 1 et 2, chapitre V) ou d'une insuffisance ovarienne (Obs. 3), tantôt au cours d'une hypersécrétion thyroïdienne (Obs. 4).

Nous avons vu des cas de pelade (Chapitre VI) chez des hypothyroïdiens (Obs. 3) ou au contraire chez des hyperthyroïdiens (Obs. 1).

Enfin, dans un cas, nous n'avons pu avoir la preuve d'aucun trouble endocrinien, mais seulement celle d'une hyperexcitabilité sympathique (Obs. 4).

Or, étant donnée la relation étroite qui existe entre les glandes endocrines et le système neuro-végétatif, nous sommes de suite amenés à nous poser cette question: quel était le trouble prédominant? Le trouble était-il primitif ou secondaire? Est-ce la glande à sécrétion interne, viciée dans sa fonction, qui a influé sur le système végétatif ou, au contraire, celui-ci qui, troublé dans son fonctionnement, a altéré celui de la glande en question? Le mécanisme de cette action nous échappe! Mais un fait est là: la relation du trouble à sécrétion interne et la lésoin cutanée, le dysfonctionnement endocrinien décelé par notre méthode, et la guérison de la dermatose par une opothérapie appropriée.

Notre méthode expérimentale est donc indispensable. Elle est loin d'être parfaite! L'avenir nous en réserve certainement une, plus complète et plus prlécise, mais dans les circonstances actuelles, c'est encore la seule qui soit à notre

disposition ; c'est elle qui nous fera déceler la nature du trouble endocrinien ; c'est elle encore qui nous permettra d'instituer un traitement opothérapique approprié, et c'est sur elle enfin que nous nous baserons, une fois la guérison de notre lésion cutanée, pour admettre comme probable une relation de cause à effet.

Vu :
Nancy, le 6 Novembre 1924.
Le Président de la Thèse,
L. Spillmann.

Vu :
Nancy, le 6 Novembre 1924.
Le Doyen,
L. Spillmann.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 9 Novembre 1924.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. Adam,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Achard et Binet. — Métabolisme basal chez les hyper et hypothyroïdien. (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, N° 26, p. 1217, 1922.)
2. Alcay. — Surrénalisme et virilisme. (Thèse, Montpellier, 1922.)
3. Audry (Ch.) et Chatellier. — Endocrinides syphilitiques, angio-neurotiques et angio-neurotrophiques. (Annales de derm. et syph., Toulouse, juin 1922, tome 3.)
4. Appelmans. — Le rôle de la glande thyroïde dans le phénomène de l'anaphylaxie. C. R. Soc. Biol., t. 87, p. 1242, 1922.)
5. Balzer et Barthelémy. — Alopécie péladoïde généralisée d'origine surrénale. (Soc. Franç. derm. et syph., 12 juin 1919.)
6. Barber et Shaw. — Maladie de Recklinghausen avec tumeur hypohisaire. (Proceedings of the Roy. Section of dermatalogie, 6 fév. 1922.)
7. Barthelémy (R.). — L'hérédo-syphilis des glandes à sécrétion interne. Son intervention dans la pathogénie des troubles dystrophiques d'origine hérédo-syphilitiques. (Bull, Méd., 27 sept. 1919, N° 1.)
8. Bauer. — Dermatoses at the menopause. (Zentralblatt fur Gynakologie, février 1923.) (Ext.: the endocrine survey, janvier 1924, N° 4.)
9. Benard (R.). — Eczéma rebelle chez une hypothyroïdienne. Guérison complète et rapide par l'opothérapie. (Soc. Méd. des Hôp., 6 juin 1924.)
10. Benard (R.) et Coullaud. — Sclérodermie et hypophyse. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 27 oct. 1922.)
11. Besnier. — Article eczéma. (Prat. der., 1904, t. 2, p. 1.)
12. — Première note et observation préliminaire pour servir d'introduction à l'étude des prurigos diathésiques. (Annales de derm. et syph., 1892, p. 634.)

13. Bézy (Pierre). — L'eczéma infantile et l'opothérapie thyroïdienne. (Toulouse Médical, 15 mai 1924, N° 10.)
14. Blamontier. — Goître exophtalmique et kraurosis de la vulve survenant après la ménopause. (Paris Méd., 1922, p. 334.)
15. Bloch et Blamontier. — Atrophie cutanéo-muqueuse diffuse. Etude d'un cas avec dysendocrinie, rhinite atrophique sclé-reuse et malformation pharingée. (Presse Méd., 4 novembre 1922, p. 949.)
16. Blumgarten. — The diagnostic and therapeutic of the endocrines in functionnal diesases. (New-York, Med. Journ., 5 avril 1922.)
17. Bohn. — Case of Recklinghausen's neurofibromatose. Pituitary disturbances. (Ext.: the Journal of organotherapy, mars 1924. N° 3.)
18. Bonnet. — Un cas de sclérodermie œdémateuse, guérie par le traitement thyroïdien. (Soc. Franç. derm. et syph., 7 mai 1914.)
19. Bory (M.-L.). — Les théories étiologiques et pathogéniques du psoriasis. (Paris Médical, 5 mars 1921.)
20. Bramwell Byron. — An address on the thyroïd treatment of skin diesases. (The Britisch Journal of dermatologie, juin 1894, p. 193.)
21. Brickner (Samuel). — Le rôle des glandes à sécrétion interne dans la genèse du fibro-molluscum des femmes enceintes. (Surgeay gynecol. and obstetric., 1913.)
22. Brocq et Jacquet. — Notes pour servir à l'histoire des névrodermites. (Annales de derm. et syph., 1891, p. 97 et 193.)
23. Brocq. — Nouvelles notes sur les eczémas. (Annlaes de derm. et syph., 1918, N° 2, p. 49.)
24. — Des lichénifications des téguments. (Revue générale. Gazette des Hôp., 20 février 1892.)
25. Busch. — Thyroïdine dans le traitement des maladies de la peau. (Dermatol. Zeitschrift., 1895, t. 2, p. 433.)
26. Buschke. — Zwei felle von psoriasis mit vermutlich endoktinen Strœrungen. (B. D. G., 8 mai 1923.)
27. Camrda. — Endocrine therapy in psoriasis. (Illinois Medical Journal, septembre 1923.)
28. Carrion. — Les femmes à barbe. (Revue pratique de biologie, avril 1922, N° 4.)
29. Castel (du). — Basedowisme et dermatoses bénignes aux armées. (Soc. Franç. derm. et syph., 13 mars 1919.)

30. — Complications cutanées de la maladie de Basedow. (Paris Méd., 10 mai 1919.)

31. Castle. — The endocrine causation of sclerodermia including morphosa. (B. F. D., juillet et août 1923.)

32. Castro (de). — Coexistencia de doenca de Recklinghausen com acromegalia. (Notas e observacoes clinicas. Rio de Janeiro, 1921, p. 9.)

33. Catanzaro Mannimo. — Vitiligo généralisé coïncidant avec le développement d'une anémie pernicieuse et d'un syndrome d'hyperthyroïdie. (Jiorn. ital. d. mal. ven. e del. pella, décembre 1919.)

34. Chauffard et Brodin. — Maladie de Recklinghausen avec syndrome fruste d'insuffisance surrénale. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 6 février 1920, p. 166.)

35. Chantemesse et Courcoux. — Sclérodermie en voie de généralisation avec atrophie du corps thyroïde et mélanodermie chez un jeune garçon de 17 ans. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 3 janvier 1914, p. 77.)

36. Cheinisse. — L'opothérapie dans le traitement de l'acné. (Presse Méd., 11 juin 1921.)

37. Claiborne. — Hypertrichosis in women. Its relation to bisexuality in animals, especially men. (New-York, 13 juin 1914, p. 1178.)

38. Claude, Touchard et Rose. — Maladie de Raynaud, sclérodermie et rhumatisme chronique. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 1907, p. 277.)

39. Claude et Piedlièvre. — Sympathique et glandes endocrines. (Journal médical français, juin 1921, p. 224.)

40. Covisa. — Acne in hyperthyroïdism. (La Med. Ibera, juin 1923, p. 490.)

41. Crary (W.-G.). — The thyroïd treatement of psoriasis and other skin diseases. (Med. Record., 6 octobre 1894, p. 427.)

42. Crocker. — The British Journal of dermatology, déc. 1900.

43. Crouzon et Bouttier. — Association d'une pigmentation et d'un lichen de la muqueuse buccale au cours d'une insuffisance surrénale fruste. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 16 janvier 1920, p. 67.)

44. Danielopolu. — Les épreuves végétatives. (Presse Méd., 25 juillet 1923.)

45. Darier, Ferrand et Mlle Mircouche. — Sclérodermie des adultes. Amélioration par le traitement thyroïdien. (Soc. Franç. derm. et syph., 12 juin 1919.)

46. Danlos. — Pelade ophiasique chez une jeune fille entachée d'infantilisme. (Annales de derm. et syph., 1903, p. 418.)

47. Delabret. — Du mécanisme de la mélanodermie dans certains états hyperthyroïdiens. (25e Congrès des alién. et neurol. de France et des pays de langue française. Luxembourg-Metz, 1921.)

48. Dehu. — Sclérodermie et myxœdème. (Annales de derm. et syph., 1899, p. 568.)

49. — Article pelade. (Prat. der., 1904, t. 3, p. 647.)

50. Dekeyser. — Dermatoses réflexes d'origine menstruelle. (Bull. de la Soc. belge de derm. et syph., 1901-1902, N° 1.)

51. Delon. — Troubles cutanés et hématologiques par dysfonctionnement du système endocrino-sympathique. (Ext.: Presse Méd., 2 février 1924.)

52. Devallet. — Pelades nerveuses. (Ann. de derm. et syph., 1896, t. 7, p. 1483.)

53. Domela. — Un cas d'herpès gestationnis. (Revue Tunisienne des Sciences Méd., janvier 1914, p. 9.)

54. Douglas, Montgomery et Culver. — Exemple des relations de l'acné et de l'hypertrophie du corps thyroïde. (Journal of cutaneous diseases, avril 1912, p. 189.)

55. Dubreuilh. — Sclérodermie circonscrite et goitre exophtalmique. (Soc. Franç. derm. et syph., 17 mai 1921.)

56. Dupré et Guillain. — Association des syndromes basedowiens sclérodermiques et tétaniques. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 4 mai 1900.)

57. Edelman. — Eczema and thyroïd insufficiency. (New-York Med. Journ., 9 mars 1918.)

58. Ellis et Rolleston. — Arthritisme associated with psoriasis. (P. S. of L. Clinical Section, 8 mai 1914, p. 153.)

59. Engel. — The thymus and carcinoma of the skin. (Ext.: the endocrine survey, janvier 1924, N° 4.)

60. Epstein. — A case of psoriasis. (New-York Med. Journ., 5 avril 1913, p. 714.)

61. Escher. — Neurofibromatose et acromégalie. (Annales de derm. et syph., janvier 1922, p. 19.)

62. Etienne. — Maladie de Basedow et addisonnisme total, syndrome poly-glandulaire par dysthyroïdie et dysurrénalie. (Soc. Méd. des Hôp., 1910, p. 825.)
63. — Nouveau cas de maladie de Basedow et addisonisme, syndrome polyglandulaire par dysthyroïdie et dysurrénalie. (Soc. Méd. des Hôp., 1916, t. 40.)
64. — Sclérodermie atypique. Hyperthyroïdie. (B. S. F. D., N° 3, R. W., 24 février 1923, p. 7.)
65. Faure, Beaulieu et P. George. — Tumeur hypophysaire d'origine hérédo-syphilitique; syndrome thyro-testiculaire consécutif; poussées d'herpès labial récidivant. (Réun. neurol., 2-3 juin 1922, p. 694.)
66. Fayolle. — La pigmentation cutanée te l'addisonnisme dans le syndrome de Basedow. (Bull. Méd., 1er juillet 1914.)
67. Fischl. — Observation clinique concernant l'influence de l'hypothyréose sur les dystrophies cutanées. (Dermatologische Zeitchrift, 1920, t. 29, p. 201.)
68. Foggie. — Psoriasis des ongles survenant à chaque grossesse. (Scottisch Med. and Surg. Journ., mai 1901, p. 426.)
69. Fontaine. — Essai sur la pathogénie de l'urticaire pigmentaire. (Thèse, Paris, 1919.)
70. Fox (H.). — Alopécie congénitale, sclérodermie, infantilisme. (New-York dermatological Society, 22 octobre 1912.)
71. Frenkel, Cottenot et Juster. — Treatment of rebellious alopecia by radiotherapy and galvanotherapy of the thyroïd region. (Bull. de la Soc. Franç. de derm. et syph., 1922, N° 7.)
72. Freund. — Uber des zusammung von sclerodermia mit morbus Basedowi. (Wien Klin. Rundschau, 1906, t. 20, p. 659.)
73. Fruhinsholz. — Syndromes hypophysaires et gestation. Acromégalie gravidique. (Revue Méd. de l'Est, 1er mai 1922.)
74. Garner, R. Goodall et L. C. Conn. — Relations du corps thyroïde et des organes génitaux. (Surg. Gynecol. and obstetric, mai 1911.)
75. Garretson (W. V. P.). — The interrelation of the endocrines and the vegetative nervous system. (New-York Med. Journ., 15 mars 1922.)
76. Gaston (P.). — Le prurigo gestationis. (Annales de derm. et syph., 1900, p. 233.)
77. Gaucher (E.). — Mélanodermie généralisée avec lésion des capsules surrénales. (France Méd., 7 janvier 1880.)

78. Gauthier. — Fonctions du corps thyroïde. Revue de Méd., 1900, t. 70, p. 442.)
79. Gawalowaski. — Un cas de dysendocrinie pluriglandulaire avec un nouvaeu symptôme à la peau. Kératose folliculaire. (Acta dermatovenereologia, novembre 1921, p. 370.)
80. — Alopécie confluente thyréogène. (Ceska dermatologie, 1922, N°s 2 et 3, p. 41-69.)
81. Geber (H.). — Sur la pathogénie de l'urticaire menstruel. (Dermatologische Zeitschrift, 1921, t. 32, p. 143.)
82. Gley. — Quatre leçons sur les sécrétions internes. (Paris, Alcan, 1920.)
83. Gœtsch. — Le diagnostic précoce et le traitement de l'hyperthyroïdisme. (New-York Med. Journ., 15 mars 1922.
84. Golay (J.). — Sur le rôle du système pancréatique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. (Annales de derm. est syph., octobre 1922, t. 3, N°s 8, 9, 10, 11.)
85. Greenbaum. — Psoriasis treated with intrmauscular injection of thymus. (Philadelphie dermat. Soc., 9 avril 1923.)
86. Grenet. — Thèse de Paris, 1905.
87. Grimaldi. — Deux cas de sclérème avec hypertrophie du thymus. (Archivio di farmacologia Sperimentale e Scienze affine, 1922.)
88. Gross. — Treatment of psoriasis with soluble thymus extract. (Deutsche medizinische Wochenchrift, Leipzig, sept. 1922.)
89. Guerricchio. — Sopra un caso di degenreazione genito. Sclerodermia. Contributo clinico allo studio della sindromi pluriglandulari. (Policlino des. prat., 23 juillet 1923, p. 970.)
90. Guisti et Houstav. — Altérations cutanées et génitales par lésions de l'hypophyse et du cerveau chez le crapaud. (C. R. de la Soc. de biologie, 1923, t. 89, p. 739.)
91. Hallion. — La sympathocotonie et la vagotonie. (Revue pratique de biologie, mai 1924, N° 5.)
92. Haushalter et Guérin. — Idiotie compliquée de troubles cutanés et d'une albumine de nature particulière; disparition de ces troubles et de l'albumine sous l'influence de la médication thyroïdienne. (Société de biologie. Séance du 30 nov. 1895.)
93. Hays (G. E.). — L'extrait thyroïdien dans le psoriasis. (American Pratictioner and News, 15 février 1900.)
94. Heigerg. — Un cas de myxœdème compliqué d'éruptions vésiculaires. (Revue neurologique, 28 février 1906.)

95. Hektoen (L.). — Diffuse sclerodermia. (Chicago pathological Society, 8 mars 1897.)
96. Herman. — Critical study of sixty one cases of asthma and eczema in infancy and chilhood controlled by cutaneous proteid sensitization tests. (Americ. Journ. of diseases of children, septembre 1922, p. 221.)
97. Hochstetter. — Report of a case of multiple endocrine sclerosis. (Madizinische Klinick, 21 mai 1922.) (Ext.: the journ. of organotherapy, 1923, N° 4.)
98. Hogben et Winton. — The pigmentary effector systme. Reaction of frog's melanophores to pituitary extracts. (Proc. Roy. Soc., t. 653, p. 318.)
99. Hollander. — Role of endocrine glandes in etiologie and treatment of acne. (Archives of derm. and syph., mai 1921, p. 593.)
100. Holmgreen. — De l'influence de la maladie de Basedow et des états apparentés sur la croissance de la taille, ainsi que de quelques lois de l'ossification. (Nord. Med. Archiv., 1909, t. 42; 1910, t. 43.)
101. Houssay, Hug et Malamud. — Hypophyse et métabolisme hydro-carboné. (C. R. Soc. biol., 1922, t. 86, p. 115.)
102. Hudelo et Montlaur. — Pemphigus successif et kystes épidermiques avec syndrome endocrinien. Amélioration par le traitement polyopothérapique. (Soc. Franç. dermat. et syph., 18 décembre 1919.)
103. Hugel. — Sclérodermie partielle avec succès par l'opotherapie associée. (1er Congrès des dermatologistes et syphyligraphes de langue française, Paris, 6-8 juin 1922.)
104. Izar. — Ipofisi e sclerodermia. (Accademia fioenie di Sc. naturali in latania, 27 avril 1920.)
105. Jackson (G. Th.). — Thyroid feeding in diseases of the skin. (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, oct. 1894, N° 10, p. 409.)
106. Jacquet. — Sur la pathogénie de la lésion cutanée dans quelques dermatoses vaso-motrices. (Ann. derm. et syph., 1890, p. 487.)
107. — A propos de l'urticaire. (Gaz. des Hôp., 1892.)
108. — Nature et traitement de la pelade. (Annales de derm. et syph., 1900, p. 583, 690, 924.)
109. Jacquet et Gammerais. — Maladie de Basedow et pelade. (Soc. Méd. Hôp., 7 novembre 1902.)

110. Jacquet et Rousseau-Decelle. — Pelade chez un acromégalique. (Soc. Franç. derm. et syph., 24 avril 1911.)
111. Jaeger (H.). — De la nature de l'eczéma. Recherches expérimentales. Hypersensibilité, idiosyncrasie et anaphylaxie cutanées chez les eczémateux. (Annales derm. et syph., janv. 1923.)
112. Jakimoff. — Sur un cas de sclérodremie diffuse symétrique et son traitement par la thyroïdine. (Recueil méd. de l'hôpital Onyazdovski de Vasovie, 1896.)
113. Jarisch (A.). — Sur l'étiologie des maladies de la peau. (Wiener Medizin Blatter, 1880, N°s 21-22.)
114. Jeanselme. — Sur la coexistence du goître exophtalmique et de la sclérodermie. (Mercredi Médical, 2 janvier 1895, p. 1.)
115. — Sur quelques facteurs étiologiques de la pelade. (Journ. méd. et chir. pratique, 10 avril 1921.)
116. Kepinow et Lanzenberg. — Glande thyroïde et anaphylaxie. (Soc. biol., 28 janv. 1922 et C. R. Soc. biol., 1922, t. 86, N° 16, p. 906.)
117. Kopaczewski (W.). — Les travaux récents sur les chocs. (Gaz. des Hôp., 27 décembre 1923.)
118. Kreibich (C.). — Urticaire dysmétrique (dysménorrhéique de Matzenauer Polland.) (Dermatolo. Wochenchrift, 1921, N° 52, p. 1043.)
119. Kronfeld. — Zur pathologie des sclerodermia und des morbus Basedowi. (Wien. Med. pres., 1906.)
120. Laffite et Mansany. — Pigmentation anormale des tuberculeux et insuffisance surrénale. (Annales de derm. et syph., 1903.)
121. Lafond. — Sclérodermie et corps pituitaire. (Thèse, Lyon, 1902.)
122. Laignel-Lavastine. — Pathologie du sympathique. (Alcan, édit., Paris, 1924.)
123. — Le sympathique. (Journ. Méd. franç., février 1924, t. 13.)
124. Laurent. — Note sur les variations de l'équilibre vago-sympathique au cours de quelques érythèmes. (B. S. F. D., 8 mars 1923, p. 134.)
125. Lereboullet. — Sclérodermie et opothérapie associées. Bull. et Méd. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 22 juillet 1921, p. 1200.)
126. Leredde. — Le rôle du système nerveux dans les dermatoses. (Archiv. gén. méd., avril-mai 1899.)
127. Levi (L.). — Erysipèle à répétition et traitement thyroïdien. (Soc. de biol., 8 juillet 1911.)

128. — Psoriasis et rhumatisme chronique. Transformation par l'opothérapie thyroïde et testiculaire. Soc. Méd. Hôp., 6 juin 1913.)

129. — Dissociation et instabilité pilaire par dysendocrinie. (Soc. Méd. des Hôp., 26 décembre 1913.)

130. Levin. — Maladie de Recklinghausen. Les rapports avec le syndrome endocrinien. (Annales de derm. et syph., juillet 1922.)

131. Levy-Frenkel. — La pelade, syndrome d'irritation vago-sympathique. (Soc. Franç. derm. et syph., 9 mars 1922.)

132. Levy-Frenkel, Juster et von Bogaert. — Pelade et métabolisme basal. (Presse Médicale, 23 juin 1923.)

133. Levy-Frenkel et Juster. — Recherches sur le psoriasis et résultats obtenus par le traitement endocrinien et l'irradiation des glandes vasculaires sanguines. (B. S. F. D., 8 novembre 1923, p. 382.)

134. Lindberg (H.). — Autour de la question du pigment cutané. (Annales de derm. et syph., juin-juillet 1923.)

135. Lortat-Jacob et Legrain. — Eczéma chronique des seins et aménorrhée chez une jeune fille. (B. S. F. D., 8 mars 1923, p. 133.)

136. Lortat-Jacob. — Myxœdème acquis et eczéma. (Soc. Méd. des Hôp., 30 mai 1924.)

137. Lucien (M.), Parisot (J.) et Richard (G.). — Revue Française d'endocrinologie. (Gaston Doin, édit., 1923.)

138. Mac Cormac. — Case of eczema associated with asthma. (P. S. of L. Section of dermatologie, 15 décembre 1921, p. 15.)

139. Malcolm Morris. — Les sécrétions internes dans leurs rapports avec la dermatologie. (British Med. Journ., 17 mai 1913, p. 1037.)

140. Maranon. — Sur le signe de la tache rouge thyroïdienne. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1er décembre 1922.)

141. Marchand (L.). — Glandes endocrines et épilepsie. (Revue neurol., décembre 1922.)

142. Marlio. — Des modifications de la pigmentation de la peau au cours de la grossesse. (Thèse, Paris, 1897.)

143. Meneau. — Médication du psoriasis par l'extrait de corps thyroïde. (Journ. de Méd. de Bordeaux, 1894, N° 23.)

144. Ménétrier et Bloch (L.). — Un cas de sclérodermie diffuse. Amélioration considérable par le traitement thyroïdien. (La Tribune Médicale, 18 février 1905, p. 101.)

145. Milian (G.). — Le prurigo dans la maladie d'Addison. (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 6 juin 1897.)
146. Moore et Warfield. — Fetal ichtyosis; report of a case with pathological changes in the thyroïd gland. (Amer. Journ. of the Med. Sc., mai 1906, p. 795.)
147. Mordagne (J.). — Contribution à l'étude de la médication thyroïdienne. (Annales de derm. et syph., 1895, p. 1197.)
148. Morgan (T. H.). — Theendocrine secretion of hen peathered fowls. (Endocrinology, juillet et sept. 1920.)
149. Mosse (M.). — Médication thyroïdienne dans le psoriasis et le vitiligo. (Annales de derm. et syph., 1895.)
150. — Effets de la médication thyroïdinene dans deux cas de psoriasis. (Congrès de Carthage, avril 1896.)
151. Mouriquand. — Ichtyose chez un myxœdémateux. (Soc. de Méd. de Lyon, 10 janvier 1910.)
152. Muller. — Acromégalie et sclérodermie avec tumeur hypophysaire et absence de glande thyroïde. (Fruhjahrszusammenkunft Sudwestdeutscher Neurol., Stuttgart, 27-28 mai 1922.)
153. Munro (W.). — Traitement de l'acné rosée par l'extrait de capsules surrénales. (Australas Med. Gaz., 20 décembre 1900, p. 344.)
154. Nicolas et Moutot. — Sclérodermie guérie par la thyroïdine. (Annales de derm. et syph., 1912, p. 344.)
155. Norman, Meachen et Provis. — Un cas de pelade en aire et décalvante, guérie par la grossesse et récidivant avec le retour des menstrues. (Roy. Soc. of. Med. of London, 20 juin 1912.)
156. Parisot (J.). — Les fonctions de l'appareil surrénal. (Journal méd. franç., 1913, N° 7, p. 493.)
157. Parisot et Richard. — La valeur fonctionnelle de l'hypophyse et les moyens cliniques de l'évaluer. (Rev. Méd. de l'Est, 1922, N° 9.)
158. — Le signe de la thyroïde chez les basedowiens et les hyperthyroïdiens. (Soc. Méd. de Nancy, 26 avril 1922.)
159. — Les glandes endocrines. Leur valeur fonctionnelle. (Gaston Doin, éditeur, 1923.)
160. Pennino (S.). — Un caso di orticaria complicante il decorso post-operatorio di una ovariotomia. (Riforma Medical, 1894, N° 210, p. 711.)
161. Perrin (M.) et Hanns (A.). — Les sécrétions internes; leur influence sur le sang. (Baillière et Fils, éditeurs, Paris, 1923.)

162. Petrini. — L'influence de la grossesse sur le psoriasis vulgaire. (Soc. Franç. derm. et syph., 7 novembre 1912.)

163. Pieri. — Le vitiligo chez les addisonniens. (Thèse, Paris, 1922.)

164. Poor (F. V.). — Sur les rapports de quelques maladies de la peau avec les sécrétions internes. (Dermatologische Wochenschrift, 5-12 juillet 1913.)

165. Porak. — Action cardio-vasculaire de l'adrénaline chez l'homme. (Journal de phys. et path. génér., 1920, N° 6.)

166. Pulay. — Pathologie de la nutrition et dermatoses. (Dermatologische Woschen, 1921, N°s 23-24.)

167. Rasch. — Sclérodermie avec lésions de la muqueuse buccale et symptômes de Basedow et d'Addison. (Derm. Zeitschrift, t. 19, N° 3, p. 244.)

168. Roederer (J.). — Maladie de Recklindhausen avec insuffisance polyglandulaire. (Bull. de la Soc. Franç. de derm. et syph., 1922, N° 6, p. 69.)

169. Roques. — Traitement opothérapique de la sclérodermie. (Ann. de derm. et syph., 1910, p. 383, t. 1.)

170. Rosenberg (A.). — Urticaire consécutive à l'emploi endo-nosal de l'extrait de capsules surrénales. (Berliner Klin. Wochensch., 1903, p. 389.)

171. Rossi (L.). — Psoriasis et grossesse. (La Riforma Medica, 25 mai 1891, p. 494.)

172. Roux (J.). — Sclérodermie et corps pituitaire. (Revue neurol., 15 août 1902, p. 721.)

173. Rueda. — Infantile eczema and seborrhea treated with pancreatic organotherapy. (La Semena Medica, 19 juillet 1923.) (Ext.: the Journ. of organotherapy, janvier 1924, N° 1.)

174. Sabouraud (R.). — Fréquence de la pelade aux différents âges. (Annales de derm. et syph., 1911.)

175. — Pelade et goître exophtalmique. (Arch. de derm. et syph., mars 1913.)

176. — Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade (pelade et ménopause). (Annales de derm. et syph., 1913, p. 88.)

177. — Semaine Médicale, 1913, p. 268.

178. Sainton et Noël Peron. — Insuffisance parathyroïdienne chronique post-opératoire avec tétanie et troubles trophiques. (Soc. Neurol. de Paris, 6 avril 1922.)

179. Salvatory Gangi. — Ricerche sul colpo di colore. Insufficienze endocrine e colpo di colore. (Archiv. di parmacol. Sperement, 15 avril 1915.)

180. Schafer, A. Edward. — Physiologie et physio-pathologie des glandes endocrines. (Librairie Oct. Doin, 1920.)

181. Schwimmer. — Des affections cutanées d'origine nerveuse. (Ext.: Annales de derm. et syph., 1882, p. 656.)

182. Sergent, Ribadeau, Dumas et Babonneix. — Sympathique et glandes endocrines. (Maloine et Fils, Paris, 1921.)

183. Sezary. — Pathogénie et séméiologie des mélanodermies du type addisonnien. (Presse Méd., 9 avril 1921, p. 281.)

184. — Mélanodermies d'origine endocrinienne. (Journ. Méd. Franç., novembre 1921.)

185. Sezary et Lonnon. — Radio-diagnostic d'une tumeur surrénale dans un cas d'hirsutisme. (Méd. des Hôp., 28 décembre 1923, p. 1870, N° 39.)

186. Sottas (M.). — Dermatoses prurigineuses consécutives à la castration ovarienne guérie par l'opothérapie. (Annales de derm. et syph., 1902, p. 372.)

187. Spillmann, Parisot et Simonin. — Psoriasis et grossesse. (B. S. F. D. 23, N° 6, R. W., 12 mais 1923, p. 31.)

188. Spillmann. — Congrès de dermatologie. Strasbourg, 26-26 juillet 1923.)

189. Spillmann et Caussade. — Sclérodactylie bilatérale avec sclérodermie progressive. Opothérapie pluri-glandulaire. (Réunion dermatologique de Nancy, 18 décembre 1923.)

190. Starlinger. — Test de la fonction thyroïdienne. (Wienn. Klin. Wochen, 25 mai 1922.)

191. Stern (H.). — Adipose douloureuse avec phénomènes de myxœdème. (Americ. Journ. of the Med. Sciences, mars 1910, p. 359.)

192. Swann (W.). — Urticaire traitée par l'adrénaline. (Amreic. Journ. of the Med. Sc., février 1912, p. 373.)

193. Swingle. — Journ. of exp. zool., 1921, Bd. 34-119-141.

194. Szoudi et Haas. — Pruritus as an endocrine disorder. (Ext.: the endoc. Survey, janvier 1914, N° 4.)

195. Tenneson. — Sur le traitement du prurigo de Hebra. Sco. Franç. derm. et syph., 1891.)

196. Thibierge (G.). — Le traitement thyroïdien du psoriasis. (Ann. de derm. et syph., 1895, p. 760.)

197. Thomas (G. J.). — Traitement des maladies de la peau par l'ingestion de corps thyroïde. (Journ. of cutan. and genito-urinary diseases, octobre 1894, N° 10, p. 409.)
198. Tommasi. — Herpès gestationis suivi d'herpès menstrualis. (Giorn. ital. delle mal. neu. e della pelle., Fasc. 2, 1922, p. 669.)
199. Forry. — Opothérapie thyroïdienne et caractères sexuels secondaires. (C. R. Soc. Franç. exper. biol. and Med., mars 1922.)
200. Towle a. Oliver. — A case of hyperthyroïdism with unusual skin manifestations. (Arch. of derm. et syph., janv. 1922, p. 88.)
201. Tuffier. — Le virilisme surrénal. (Bull. de l'Académie de Méd., 26 mai 1914, p. 726.)
202. Verotti (G.). — La Medicina Pratica, 5e année, fasc. 1.
203. — Un cas de psoriasis vulgaire généralisé avec aménorrhée, guéri par l'opothérapie ovarienne. (Riforma Medica, 34e année, N° 13.)
204. Vincent. — On the results of extirpation of the thymus gland. Prel. Commun. (Journ. of physiol., 1903.)
205. Vincent (H.). — Rapports de l'ichtyose avec la dystrophie thyroïdienne héréditaire ou acquise. (Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris, 26 nov. 1908, p. 588.)
206. — Atrophie thyroïdienne et sclérodermie. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 15 mars 1907.)
207. Vulpian. — Les mélanodermies. (Thèse, Paris, 1896.)
208. Walter (F.). — Rôles des glandes endocrines dans l'étiologie de l'impetigo herpétiforme. (Arch. fur derm. und syph., 1922, t. 160, p. 138.)
209. Weill et Plechet. — Soc. biol., 8 janvier 1921.
210. — Un cas d'hirsutisme avec diabète sucré. (Soc. Méd. des Hôp., 10 mars 1921.)
211. Wendel. — La valeur de la pituitrine dans l'herpès zoster. (Ugeskrift for Loeger, mars 1923, p. 222.)
212. Willigen. — Acné rosée des femmes enceintes. (Wederlandsch Tydschrift voor geneeskunde, 1902, N° 20.)
213. Zaburin (V.). — Traitement des maladies de la peau par la thyroïdine. (Arch. of derm. et syph., 1896, t. 37, p. 421.)

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION 1

I. Endocrinologie en général 5

II. Rôle des glandes endocrines sur l'état de la peau et de ses annexes 8

CHAPITRE II

HISTORIQUE 13

CHAPITRE III

TECHNIQUE 27

EXPOSÉ DE NOTRE MÉTHODE EXPÉRIMENTALE 28

I. Manœuvres cliniques 30

II. Tests glandulaires 31

III. Métabolismes 38

IV. Métabolisme basal 40

TECHNIQUE DE L'ÉPREUVE GLANDULAIRE 41

CHAPITRE IV

Psoriasis et troubles endocriniens 43

a) Résultats positifs 49
b) Résultats douteux 56
c) Résultats négatifs 59

Conclusions concernant le psoriasis 63

CHAPITRE V

Eczémas et troubles endocriniens 64

a) Résultats positifs 70
b) Résultats négatifs 78

Conclusions concernant les eczémas 83

CHAPITRE VI

Pelades et troubles endocriniens 85

a) Résultats positifs 89
b) Résultats négatifs 99

Conclusions concernant les pelades 104

CHAPITRE VII

Ichtyose et troubles endocriniens 105

CHAPITRE VIII

Prurigos et troubles endocriniens 111

a) Résultat positif 114
b) Résultat négatif 116

CHAPITRE IX

Pigmentations et troubles endocriniens..... 120

CHAPITRE X

Vitiligo et troubles endocriniens..... 125

CHAPITRE XI

Erythèmes et troubles endocriniens..... 130

Résultat positif 132

CHAPITRE XII

Aperçu sur les rapports des troubles endocriniens et des dermatoses 137

Résultats personnels (schéma) 141

Bibliographie 147

NANCY - SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES